

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 395

L'ASSURANCE INVALIDITE
(A propos de 394 dossiers)

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 29 Septembre 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Guy VALARCHER

né le 16 Avril 1950

à BEZIERS (Hérault)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 395

L'ASSURANCE INVALIDITE
(A propos de 394 dossiers)

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 29 Septembre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Guy VALARCHER

né le 16 Avril 1950

à BEZIERS (Hérault)

UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM - 1703

- MEDICINE -

U. E. A. SUPPLEMENT

1971 - 1703

ASSURANCE-MALADIE

(A propos de 384 dossiers)



THESE

1703

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et déposée à la bibliothèque le 29 septembre 1971

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DR. VALAICHON

né le 10 Avril 1931

à BÉZIERS (Hérault)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
=====

Président : Mr le Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Mr le Professeur EL BAZ

Deuxième Vice-Président : Mr B. ROUSSET, chercheur

Troisième Vice-Président : Mr R. LOPEZ, étudiant

Secrétaire Général : Mr J. RAMBAUD, Administrateur civil

Unités d'Enseignement et de Recherche (U.E.R.)

U.E.R. de Médecine GRANGE-BLANCHE : Mr le Dr B. SALLE, M.C.A.

U.E.R. de Médecine ALEXIS-CARREL : Mr le Pr R. MORNEX

U.E.R. de Médecine LYON-NORD : Mr le Dr J.P. NEIDHARDT, M.C.A.

U.E.R. de Médecine SUD-OUEST : Mr le Pr NORMAND

U.E.R. des Sciences Pharmaceutiques : Mr le Pr C.A. BIZOLLON

U.E.R. des Techniques de Réadaptation : Mr A. MORGON, M.C.A.

U.E.R. de Biologie Humaine : Mr J.P. REVILLARD, M.C.A.

U.E.R. d'Education Physique et Sportive : Mr A. MILLON, Pr E.P.S.

U.E.R. des Sciences Odontologiques : Mr le Dr R. VINCENT

U.E.R. de Mathématiques : Mr le Pr E. COMBET

U.E.R. de Physique : Mr le Pr J. DELMAU

U.E.R. de Chimie Biochimie : Mr le Pr J. HUET

U.E.R. des Sciences de la Nature : Mr le Pr R. GINET

U.E.R. des Sciences Physiologiques : Mle le Pr J.F. WORBE

U.E.R. de Physique Nucléaire : Mr le Pr M. GUSAKOW

I.U.T. 1 : Mr le Pr B. POUYET

I.U.T. 2 : Mr J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.

Observatoire de Lyon : Mr G. MONNET, Astronome Adjoint

U.E.R. de Mécanique : Mle le Pr G. COMTE-BELLOT

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

=====

U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD-OUEST

=====

PROFESSEURS TITULAIRES

Mrs AIMARD Gilbert	Neurologie
BRUN Jacques	Clinique Pneumo-Phtisiologique
COLOMB Daniel	Dermatologie
GUILLEMIN Georges	Clinique Chirurgicale
LATARJET Michel	Clinique Chirurgicale
MAYER Marcel	Cancérologie
NORMAND Jean	Cardiologie
NOTTER Armand	Gynécologie-Obstétrique
PINET Edouard	Radiologie
PLAUCHU Marcel	Edocrinologie et Médecine Interne
ROBERT Jacques	Chaire de Génétique Médicale
TOLOT François	Médecine Interne - Médecine du Travail
VACHON Alphonse	Clinique Médicale - Maladies de l'app. digestif
VINCENT Daniel	Chaire de Biochimie appliquée

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Mrs BRAILLON Georges	Anatomie
GILLY Robert	Pédiatrie
LAPRAS Claude	Neuro-Chirurgie
LOUISOT Pierre	Biochimie
MORET Robert	Biophysique
PERRIN FAYOLLE Max	Pneumo-Phtisiologie
SITE Jean	Mathématiques - Statistiques - Informatique
VIALLIER-RAYNARD Jean	Bactériologie - Virologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mrs ARCHIMBAUD Jean-Pierre	Urologie
BERARD Philippe	Chirurgie Générale
BERTRAND Jean-Louis	Maladies Infectieuses
Mme BONNET Mireille	Ophtalmologie
Mrs BOUVIER Maurice	Rhumatologie
CABANAC Michel	Physiologie
CROISILLE Marc	Radiologie
DE VILLARD Régis	Neuro-Psychiatrie
DUBOIS Paul	Histologie
HAGUENAUER Jean-Paul	O.R.L.
JEANNEROD Marc	Médecine Expérimentale
JOUVENCEAUX André	Hémobiologie
LAIR Jacques	Stomatologie
LEVRAT Roger	Médecine Interne
LOMBARD PLATET Roger	Séméiologie Chirurgicale
MICHEL Albert	Anesthésiologie
MOLLARD Pierre	Chirurgie Infantile
PALIARD Pierre	Séméiologie Médicale
REBOUILLAT Jacques	Chirurgie Générale
REVILLARD Jean-Pierre	Néphrologie
ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
TERMET Hubert	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
TETE Roger	Médecine Interne
THOULON Jean-Marie	Gynécologie-Obstétrique
TOUBOUL Paul	Cardiologie
TRILLET Marc	Neurologie

COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur le Professeur TOLOT

Assesseurs : Monsieur le Professeur DESPIERRES

Monsieur le Professeur agrégé VEDRINNE

Monsieur le Professeur agrégé PROST

Monsieur le Docteur BRIOLAY Médecin Conseil Régional.

A MA FEMME ELIANE,

A qui je dédie cette thèse avec tout mon amour.

Qu'elle soit remerciée pour l'aide qu'elle m'a
apportée dans la réalisation de ce travail.

A MON FILS GILLES,

Avec toute l'affection que j'ai pour lui.

A MES PARENTS,

Faible témoignage de ma profonde affection et
de ma reconnaissance.

A MA GRAND-MERE, A MES GRANDS-PARENTS,

Hommage de profonde affection.

A MA FAMILLE,

A MA BELLE-FAMILLE,

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR TOLOT,

Nous avons pu apprécier dans son service
la rigueur et la qualité de son enseignement.

Il a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre jury.

Qu'il veuille recueillir ici le respec-
tueux hommage de notre profonde gratitude.

A NOS JUGES,

MONSIEUR LE PROFESSEUR DESPIERRES,

Qui nous a accueilli dans son service.

Il nous fait l'honneur d'accepter de siéger dans le jury de cette thèse. Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé VEDRINNE,

Nous le remercions de l'intérêt manifesté à l'attention de notre travail qu'il a bien voulu juger.

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé PROST,

Nous avons pu apprécier la valeur de son enseignement.

Il a bien voulu accepter d'être notre juge. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR BRIOLAY, Médecin Conseil Régional,

Qu'il soit remercié de nous avoir autorisé à consulter les dossiers médicaux qui nous ont permis de réaliser ce travail, et d'avoir accepté d'être notre juge.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VALARCHER,

Médecin Conseil, Chef de service,

Qui nous a proposé ce travail et nous a
habilement et patiemment conseillé pour sa rédaction.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre
profonde reconnaissance.

AUX MEDECINS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL DE LA
SECURITE SOCIALE QUI NOUS ONT AIDE DANS CETTE
ETUDE.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX,

Monsieur le Professeur TOLOT

Monsieur le Professeur MARION

Monsieur le Docteur VIGNAT

Monsieur le Professeur DESPIERRES

Monsieur le Professeur NOTTER

Monsieur le Docteur CHANIAL

Monsieur le Professeur MOTIN

Monsieur le Docteur PETIT

I N T R O D U C T I O N

=====

Dès l'origine, la législation des Assurances sociales, en France, comme dans la plupart des pays étrangers, fit la distinction entre le risque de courte durée et le risque de longue durée.

Le premier fut en principe limité à 6 mois, la couverture du second n'étant prévue qu'à l'expiration de ce délai, d'où la distinction entre l'assurance maladie et l'assurance invalidité.

Le décret-loi du 28-10-1935 en son article 30 confia aux Unions Régionales, la gestion du risque invalidité. Les prestations en nature de l'assurance maladie continuaient à être servies par les Caisses d'Assurance Maladie mais pour le compte des Unions.

La législation de la Sécurité sociale, en instituant l'assurance "longue maladie" modifia par voie de conséquence la physionomie du risque "invalidité" puisque les maladies graves mais curables, ou tout au moins améliorables, pouvaient être prises en charge à ce titre pendant un délai maximum de 3 ans.

La ligne de partage entre le risque de courte durée et le risque de longue durée se déplaçait donc sensiblement. En effet, dans la majorité des cas, l'admission à l'invalidité fut prononcée à l'expiration des 3 ans de prise en charge au titre de l'assurance "longue maladie", celle-ci ayant été rapidement étendue à la plupart des malades non guéris après avoir épuisé les 6 mois de soins fixés par l'assurance maladie, qu'il y ait ou non probabilité d'amélioration de leur état.

Le législateur de 1945 confia aux Caisses Régionales Invalidité, qui se substituèrent aux Unions Régionales, le soin de gérer le risque invalidité pour tous les assurés affiliés aux Caisses Primaires de leur circonscription.

Le décret n°60-452 du 15/05/1960 abrogea par son article 42, l'article L. 307 du Code de la Sécurité sociale et le remplaça par des dispositions réglementaires prévoyant que la pension d'invalidité serait attribuée et liquidée par la Caisse Primaire de Sécurité sociale.

Actuellement, seules les régions de Paris et de Strasbourg continuent à gérer l'invalidité au plan régional.

Devant l'importance que prend la couverture sociale en France, il nous est apparu intéressant de nous pencher sur le problème de l'invalidité. En effet, être ou ne pas être un "invalidé" au sens où l'entend la Sécurité sociale engage l'avenir proche et souvent lointain d'un assuré.

Nous étudierons donc dans un premier temps l'assurance invalidité à travers tous les textes de loi qui la régissent; puis dans un deuxième temps, nous ferons une étude concrète sur toutes les propositions de mise en invalidité de l'année 1971 dans la 3ème circonscription administrative de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon (C.P.A.M.).

Notre idée première étant de suivre l'évolution de malades mis en invalidité, nous avons essayé de prendre une année présentant un certain recul par rapport à l'étude des dossiers. Et si notre choix s'est arrêté sur 1971, ce n'est que pour des raisons d'ordre pratique mais impératives. En effet, ce n'est qu'à partir de cette année-là que le secrétariat de la 3ème circonscription administrative a noté le centre d'origine du dossier d'invalidité. Autrement dit, avant 1971, les dossiers administratifs des assurés étaient groupés au siège de la circonscription sans indiquer le centre de Sécurité sociale d'où ils provenaient, ce qui aurait rendu les recherches des dossiers impossibles, ou tout au moins très difficiles.

Malgré ceci, l'année de référence, qui nous a donc été dictée du simple fait de l'organisation du fichier de la Sécurité sociale, se situe 6 ans avant notre étude, ce qui nous permet quand même de juger un peu l'évolution de tous ces malades ayant été proposés pour l'invalidité cette année là.

Quant à la circonscription administrative, la 3ème fut l'objet de notre choix car c'est dans cette dernière que nous avions le plus de commodités pour avoir accès aux dossiers et archives.

P R E M I E R E P A R T I E
=====

L'INVALIDITE DANS LA LEGISLATION
DE LA SECURITE SOCIALE

I - NOTIONS GENERALES SUR L'ASSURANCE INVALIDITE

L'assurance invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré une pension en compensation de la perte de salaire qui résulte de la réduction de sa capacité de travail. Cette pension ne peut donc être attribuée qu'à l'assuré personnellement à l'exclusion de ses ayants droit.

Le plus souvent, la pension d'invalidité fait suite au service des prestations en espèces de l'assurance maladie.

Elle est attribuée à titre temporaire; en effet, elle peut être supprimée, dans certaines conditions, si la capacité de travail ou de gain de l'assuré s'améliore.

L'assuré est susceptible d'obtenir une pension lorsqu'il présente une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail ou de gain (voir ci-après : "Condition d'ordre médical").

La réduction de capacité de l'assuré est appréciée en tenant compte de l'ensemble des éléments qui, outre la capacité physique restante, conditionnent ses possibilités de réemploi et de gain, tels notamment :

- l'âge de l'intéressé;

- ses facultés physiques et mentales;
- ses aptitudes et sa formation professionnelle;
- l'état du marché du travail.

La notion d'invalidité est par conséquent complexe; elle tient compte en effet de critères médicaux, mais aussi de critères d'ordre professionnel et social.

C'est en ce sens que la conception de l'invalidité se différencie de celle retenue en matière d'accidents du travail ou de pensions militaires.

Dans ces deux législations, l'invalidité est appréciée en fonction de barèmes (indicatif ou impératif) alors qu'il n'en existe pas en assurance invalidité.

II - ORIGINES DE L'ETAT D'INVALIDITE

1. Maladie ou accident non professionnel

L'invalidité susceptible d'ouvrir droit à pension est évaluée globalement, sans qu'il soit fait de distinction entre la maladie ou l'accident (non professionnel) qui a entraîné cette invalidité, et les autres facteurs d'incapacité de travail, même si certains d'entre eux sont antérieurs à l'entrée dans l'assurance.

Toutefois, une maladie ou un accident déjà indemnisé au titre de l'invalidité par le régime agricole ou par un régime spécial ne peut donner lieu à attribution de la pension d'invalidité du régime général.

2. Accident du travail, affection d'origine professionnelle ou militaire

Si l'invalidité, dont est atteint l'assuré, trouve son origine dans une affection ou une lésion indemnisée en vertu des législations sur les pensions militaires ou sur les accidents du travail, l'intéressé ne peut bénéficier d'une pension d'invalidité.

Toutefois, dans le cas où le droit à pension, au titre des législations visées ci-dessus, n'a pas été reconnu, ou lorsque l'aggravation d'une affection résultant d'un fait de guerre survient après l'expiration des délais de révision, l'assuré peut prétendre à l'attribution d'une pension d'invalidité dans les conditions habituelles.

De plus, l'assuré titulaire d'une pension militaire ou d'une rente acquise au titre du risque professionnel dont l'état subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une aggravation non susceptible d'être indemnisée par application, soit de la législation sur les pensions militaires, soit de la législation sur les accidents du travail, peut prétendre à une pension d'invalidité si le degré total d'incapacité de travail ou de gain est au moins des deux tiers (voir ci-après "Cumul").

3. Faute intentionnelle

L'article L. 396 du code de la Sécurité sociale prévoit expressément que ne donnent lieu à aucune prestation en argent les maladies, blessures ou infirmité résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

Il convient de noter que l'application de ces dispositions est peu fréquente. Citons à titre d'exemple la tentative de suicide : on pourrait penser qu'il s'agit d'une faute intentionnelle puisque l'intéressé commet volontairement l'acte par lequel il cherche à se tuer. Pourtant la jurisprudence admet que la tentative de suicide résulte d'un état pathologique annihilant la volonté; dans ce cas la notion de faute disparaît.

4. Etat antérieur à l'immatriculation

Le médecin conseil doit refuser l'invalidité lorsque l'état la justifiant est constitué par un état antérieur à l'immatriculation et non aggravé depuis celle-ci.

III - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE LA PENSION

1. Condition d'âge

Il faut avoir moins de 60 ans pour bénéficier d'une pension d'invalidité puisqu'à cet âge, elle prend fin pour être remplacée par la pension de vieillesse allouée en cas d'incapacité au travail.

2. Condition d'ordre médical

2.1. Appréciation de l'état d'invalidité

Une pension d'invalidité est attribuée à l'assuré qui présente un état d'invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail ou de gain. Autrement dit, l'assuré a droit à une pension lorsqu'il est hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité, si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Il s'agit par conséquent :

- de déterminer exactement la profession qu'exerçait l'assuré et la catégorie professionnelle dans laquelle il était classé, avant qu'il ne tombe malade;
- de rechercher le taux de la rémunération normale d'un travailleur de même catégorie, dans la même région, et ce, au moment de l'évaluation du degré d'invalidité;
- de déterminer médicalement si le malade ne peut, en raison même de son état de santé, exercer une profession quelconque dont la rémunération serait supérieure au tiers de la rémunération définie à l'alinéa ci-dessus.

Cet état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge

et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle.

De plus, l'état d'invalidité étant évalué globalement, il est tenu compte de l'incapacité entraînée par les maladies, blessures ou infirmités déjà indemnisées au titre d'autres législations.

2.2. Date à laquelle est apprécié l'état d'invalidité

Aux termes de l'article L. 305 du code de la Sécurité sociale, l'état d'invalidité est déterminé :

- soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail;
- soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues par l'assurance maladie (3 ans au maximum);
- soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai précité;
- soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Dans ce dernier cas, les prestations de l'assurance invalidité peuvent être accordées immédiatement, sans qu'aucune prestation maladie n'ait été versée antérieurement.

Lorsque la demande de pension a été rejetée ou lorsqu'une pension antérieurement accordée a été supprimée, une nouvelle demande de pension peut être présentée par l'assuré dans un délai de douze mois suivant la date du rejet de la précédente demande, ou la date de suppression de la pension antérieurement accordée.

3. Conditions administratives d'ouverture du droit à pension

Pour invoquer le bénéfice de l'assurance invalidité, l'assuré doit, également, remplir les conditions suivantes :

3.1. Condition d'immatriculation

L'assuré doit avoir été immatriculé depuis au moins douze mois au premier jour du mois au cours duquel est survenue :

- soit l'interruption de travail suivie d'invalidité
- soit la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

REMARQUE : Il est admis pour les étudiants bénéficiaires du livre VI, titre 1er, du code de la Sécurité sociale, que les périodes d'affiliation à leur régime peuvent être ajoutées aux périodes passées sous le régime général bien que le régime des étudiants ne prévoie pas le bénéfice de l'assurance invalidité.

Par ailleurs, la période d'immatriculation accomplie en qualité d'apprenti s'ajoute à la période d'immatriculation accomplie par la suite en qualité de salarié.

3.2. Conditions de salariat

L'assuré doit justifier qu'il a travaillé :

- soit pendant au moins 800 heures au cours des quatre trimestres civils précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, dont 200 heures au moins au cours du premier de ces trimestres.
- soit pendant au moins 800 heures au cours des douze mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois.

IV - CONSTITUTION ET INSTRUCTION DU DOSSIER

La liquidation d'une pension d'invalidité intervient :

- soit à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie
- soit sur la demande de l'assuré lui-même.

1. Rôle de la caisse primaire

La caisse primaire est tenue de prendre toutes mesures en vue de l'admission éventuelle au bénéfice d'une pension d'invalidité des assurés dont la maladie laisse présager une invalidité.

La question doit être examinée :

- lors de l'examen effectué conjointement par le médecin conseil et le médecin traitant en cas de maladie de longue durée, d'arrêt de travail ou de soins continus supérieurs à six mois;
- avant l'expiration de la troisième année d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie lorsque le bénéfice de l'assurance invalidité semble devoir être accordé à l'expiration des trois ans.

La date de cessation du paiement des indemnités journalières correspond :

- soit à la stabilisation de l'état de santé de l'assuré;
- soit à l'expiration du délai de trois ans du service des indemnités journalières de l'assurance maladie.

Si la caisse primaire ne prend pas l'initiative de la demande de pension, elle est tenue d'informer l'assuré des délais qui lui sont impartis pour la présenter lui-même.

2. Demande présentée par l'assuré

A défaut d'initiative de la caisse, l'assuré peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité.

Pour être recevable, cette demande doit être présentée dans le délai de douze mois qui suit, selon le cas :

- soit la date de consolidation de la blessure en cas d'accident non professionnel;
- soit la date de la constatation médicale de l'invalidité si cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme;

- soit la date de la stabilisation de l'état de l'assuré telle qu'elle résulte de la notification qui lui en est faite par la caisse primaire;
- soit la date de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie (expiration de la période de 3 ans);
- soit la date à laquelle la caisse primaire a cessé d'accorder lesdites prestations.

Lorsque la demande de pension a été rejetée ou lorsqu'une pension antérieurement accordée a été supprimée, une nouvelle demande peut être souscrite par l'assuré dans le délai de douze mois qui suit la date de rejet de la précédente demande ou la date de suppression de la pension antérieurement accordée.

3. Pièces nécessaires à la liquidation du dossier

En vue de la liquidation de son dossier, l'assuré est invité :

- à remplir la demande de liquidation, référence S. 4.150, au moyen de laquelle il doit fournir certains renseignements relatifs à sa situation de famille et à sa situation au regard des différentes législations de prévoyance et d'assistance;
- à faire remplir, par son employeur, sur demande de la caisse, une attestation permettant de déterminer si les conditions d'ouverture des droits sont réunies.

V - DECISION DE LA CAISSE

La caisse statue sur le droit à pension, après avis du contrôle médical, dans le délai de deux mois à compter :

- soit de la date à laquelle elle a notifié à l'assuré sa décision de procéder à la liquidation d'une pension;
- soit de la demande présentée par l'assuré.

La caisse examine si l'ensemble des conditions d'attribution, tant médicales qu'administratives examinées ci-dessus, sont remplies.

Si l'une de ces conditions n'est pas remplie, elle refuse l'attribution d'une pension d'invalidité.

Si toutes les conditions sont réunies, elle accorde le bénéfice d'une pension.

Dans l'un et l'autre cas, elle notifie sa décision à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le défaut de réponse de la caisse, dans le délai précité de deux mois, équivaut à un rejet et ouvre un droit de recours à l'assuré.

La procédure ci-dessus n'est pas exactement suivie par la C.P.A.M. de Lyon où fonctionne un comité délégué par le conseil d'administration. Ce comité dit "de l'article 40" examine certains dossiers d'invalidité et parfois modifie la décision du médecin conseil (toujours d'ailleurs dans un sens plus favorable à l'assuré).

Il émane du décret du 29/12/1945 qui en son article 40 stipulait que "la décision de suspension, réduction ou suppression des prestations est prise par le conseil d'administration de la caisse ou par un comité ayant reçu délégation à cet effet".

Le décret du 6/02/1969 a abrogé ce texte et le nouveau texte ne retient que les décisions intervenant en application de l'article L.293, ce qui exclut l'invalidité.

Néanmoins, à Lyon, le comité de l'article 40 a gardé ses anciennes prérogatives. C'est ainsi que le service administratif de la caisse soumet à son appréciation certains dossiers présélectionnés sur des critères socio-professionnels.

Il s'agit en particulier :

- des rejets d'invalidité parce que le médecin conseil a estimé que médicalement la capacité de travail n'était pas réduite de 66%;
- des refus de tierce personne;
- des mises en catégorie 1 avant l'expiration du délai de 3 ans;

- des changements rétrogrades de catégorie;
- des suspensions et suppressions de pension d'invalidité pour motif médical.

C'est au vu de l'enquête sociale, qui lui est fournie avec le dossier, qu'il est parfois amené à modifier dans un sens plus favorable à l'assuré, la décision du médecin conseil. Par exemple, il pourra proposer la catégorie 2 de l'invalidité là où le médecin conseil n'avait prévu que la catégorie 1, ou décider de maintenir une pension que le médecin conseil n'estimait plus médicalement justifiée.

Ses décisions sont toujours suivies par la Caisse mais elles peuvent subir le veto de la direction régionale de la Sécurité sociale (organisme de tutelle).

Le Comité central de l'article 40 qui est paritaire est composé :

- de quatre membres du conseil d'administration de la C.P.A.M. de Lyon qui ont voix délibérative :
 - . deux représentants des salariés,
 - . deux représentants des employeurs.
- de plusieurs autres membres qui n'ont que voix consultative :
 - . un représentant du Comité local de l'article 40; (ce comité local, composé de la même manière mais avec des membres, non plus de la C.P.A.M., mais de la circonscription administrative concernée, provoque l'enquête sociale nécessaire à l'instruction du dossier et propose une décision au Comité central);
 - . le médecin chef de la C.P.A.M.;
 - . l'assistante sociale en chef de la C.P.A.M.;
 - . un ou deux représentants du service administratif invalidité.

VI - LA PENSION

1. Point de départ

Quelle que soit la date à laquelle la demande est faite, la pension d'invalidité prend effet à l'expiration de l'un des délais prévus pour l'appréciation de l'état d'invalidité, c'est-à-dire à compter :

- soit de l'expiration du délai de trois ans d'indemnisation en espèces effectuée au titre de l'assurance maladie;
- soit de la date de la consolidation de la blessure, en cas d'accident non professionnel ou de la stabilisation de l'état de santé intervenue avant la fin du délai précité;
- soit de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme;
- soit de l'épuisement de 360 indemnités journalières pendant les trois ans précédant l'arrêt de travail pour lequel on a fait des recherches car cet assuré est un coutumier des arrêts de travail.

2. Montant de la pension

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés en trois catégories depuis l'ordonnance du 19/10/1945 dans son article 55.

2.1. Première catégorie

"L'invalidé doit être classé dans la première catégorie lorsqu'il apparaît capable d'exercer une activité rémunérée, sans que son salaire puisse être supérieur au tiers de la rémunération normale définie à l'article 51 de l'ordonnance du 19/10/1945."

La pension est alors égale à 30% du salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des dix meilleures années civiles d'assurance après 1947.

2.2. Deuxième catégorie

"Il y aura lieu de classer l'invalidé dans la 2ème catégorie quand il sera établi, théoriquement d'après des données médicales, que la nature et la gravité de ses affections ne lui permettent pas d'exercer une activité rémunérée quelconque, quels que soient les emplois offerts à l'époque sur le marché du travail".

La pension est alors égale à 50% du salaire annuel moyen des dix meilleures années.

2.3. Troisième catégorie

"La majoration pour tierce personne devra être servie à l'assuré social invalide lorsqu'il résultera des données médicales et, le cas échéant, des constatations faites au cours de l'enquête sociale, que l'intéressé a effectivement besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie".

La pension est alors égale à celle des invalides de la deuxième catégorie, mais elle est assortie de la majoration pour tierce personne dont le montant est revalorisé tous les ans par application des coefficients majorant les pensions d'invalidité.

Pour l'attribution de cette majoration, il n'y a pas lieu de rechercher dans quelles conditions l'assistance est effectivement dispensée à l'invalidé, ni s'il existe un lien de parenté entre l'invalidé et celle-ci.

3. Calcul de la pension

3.1. Assurés justifiant de plus de 10 années d'assurance après 1947.

Pour la détermination du montant d'une pension d'invalidité, il convient de faire successivement les opérations suivantes :

- prise en considération des salaires des années civiles postérieures à 1947.

- application du coefficient de revalorisation en vigueur à la date d'entrée en jouissance de la pension.
- sélection des dix années les plus avantageuses.
- validation des années retenues.
- détermination du salaire annuel moyen.
- application du pourcentage correspondant à la catégorie.

3.2. Assurés ne justifiant pas de 10 années civiles d'assurance après 1947.

Les règles qui suivent visent :

- soit les assurés dont l'immatriculation, postérieure à 1947, remonte à moins de 10 ans;
- soit les assurés, immatriculés avant 1947, mais qui depuis le 1/01/1948 n'ont pas eu une activité salariée continue.

Pour la détermination du montant de la pension d'invalidité dans les cas susvisés, il n'est pas possible d'opérer un choix dans les années à retenir.

. Immatriculation postérieure au 31/12/1947.

Lorsque l'assuré ne compte pas dix années civiles d'assurance, la pension est calculée sur les salaires perçus au cours des années d'assurance accomplies depuis l'immatriculation.

. Immatriculation antérieure au 1/01/1948.

Lorsque l'assuré ne justifie pas de dix années civiles d'assurance postérieurement au 31/12/1947, les années antérieures sont prises en considération en remontant à partir de cette date à concurrence de dix années.

4. Minimum et maximum des pensions

4.1. Minimum

Aux termes de l'article 1er du décret n° 62-439 du 14/04/1962, le montant minimum de la pension d'invalidité est fixé par décret quel que soit le régime sous lequel elle a été liquidée. En Avril 1975, ce minimum était de 3500 F.

REMARQUES : - Lorsque l'examen des périodes de salariat ne permet de retenir aucun trimestre d'assurance, il convient de fixer pour ordre le montant théorique de la pension à zéro, tout en faisant bénéficier l'intéressé du minimum de la pension.

- Même s'ils n'ont perçu aucune rémunération en espèces, les apprentis peuvent bénéficier d'une pension d'invalidité calculée sur la base des cotisations patronales versées pour eux. La règle du minimum étant applicable, les apprentis bénéficient presque toujours d'une pension égale audit minimum.

4.2. Maximum

L'application des différents coefficients de revalorisation ne peut avoir pour effet de porter la pension à un montant supérieur à 30% du plafond annuel des cotisations si l'invalidé relève de la première catégorie ou à 50% s'il relève de la deuxième ou troisième catégorie.

En Janvier 1975, ce maximum était de 9.900 F. pour la catégorie 1 et de 16.500 F. pour les 2ème et 3ème catégories.

VII - INCIDENCES DE L'HOSPITALISATION

1. Sur la pension

Lorsque l'hospitalisation du titulaire d'une pension d'invalidité est à la charge de la Caisse primaire, ladite pension est servie intégralement si l'assuré a au moins deux enfants à sa charge.

La pension d'invalidité est réduite :

- de 1/5 si l'assuré a un enfant à charge ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants également à sa charge;
- de 2/5 si l'assuré est marié, sans enfant ni ascendant à sa charge;
- de 3/5 dans tous les autres cas.

2. Sur la majoration pour tierce personne

La majoration accordée aux pensionnés classés en troi-

sième catégorie d'invalides n'est pas versée pendant la durée d'une hospitalisation prise en charge par la caisse primaire.

En cas de stage de rééducation professionnelle en qualité d'externe ou en cas d'hospitalisation de jour, la majoration pour tierce personne est intégralement servie.

VIII - ASSURE TITULAIRE DE PLUSIEURS PENSIONS

Les textes fixent les conditions dans lesquelles l'assuré peut cumuler la pension d'invalidité avec d'autres pensions ou rentes.

Nous n'étudierons ci-dessous que les situations dans lesquelles c'est la pension d'invalidité qui supporte une réduction.

Les pensions ou rentes visées sont :

- la pension militaire d'invalidité,
- la rente accident de travail,
- la pension d'invalidité du régime des salariés agricoles et celle du régime des exploitants agricoles,
- la pension acquise au titre d'un régime spécial.

1. Limite inférieure du cumul

Le total de la pension cumulée avec :

- soit une rente d'accident du travail,
- soit une pension militaire,
- soit les deux avantages à la fois,

ne peut en aucun cas être inférieur au minimum de la pension d'invalidité.

Dans cette hypothèse, le montant de la pension d'invalidité est porté au montant de la différence entre ce minimum et le ou les avantages précités.

2. Limite supérieure du cumul

Le montant de la pension d'invalidité cumulée avec :

- soit la rente accident du travail,
- soit la pension militaire,

- soit les deux avantages à la fois, ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle que celle à laquelle l'assuré appartenait lors de la survenance de la maladie ou de la blessure ayant donné lieu, antérieurement, soit à l'octroi de la pension d'invalidité, soit à l'attribution de la pension militaire ou de la rente accident du travail.

En cas de dépassement, la pension d'invalidité est réduite à due concurrence.

IX - MODIFICATIONS DE LA SITUATION DE L'INVALIDE REVISION, SUSPENSION, SUPPRESSION DE LA PENSION

La pension d'invalidité est concédée à titre temporaire et elle peut être l'objet d'une révision, d'une suspension ou d'une suppression. Ces modifications correspondent à des considérations d'ordre médical ou d'ordre administratif.

1. Modifications d'ordre médical

1.1. Changement de catégorie

Lorsque l'examen médical fait apparaître que l'invalidé doit être classé dans une catégorie autre que celle dans laquelle il était antérieurement classé, la caisse primaire détermine cette nouvelle catégorie et notifie sa décision à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, le nouveau montant de la pension prend effet :

- lorsqu'il y a réduction de la pension antérieurement servie, à la première échéance suivant la décision de la caisse;
- lorsqu'il y a augmentation de la pension antérieurement servie, à la date de la constatation de l'état d'invalidité ayant motivé le nouveau classement.

1.2. Suspension ou suppression de la pension

La pension est suspendue ou supprimée lorsqu'il est constaté que la capacité de gain de l'assuré est devenue supérieure à 50%, c'est-à-dire lorsque l'assuré est en état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à la moitié de la rémunération normale perçue dans la même région, par un travailleur de la catégorie professionnelle à laquelle il appartenait au moment de l'arrêt de travail suivi d'invalidité.

La décision de suspension ou de suppression est prononcée en considération de l'appréciation de l'état d'invalidité faite par le contrôle médical. Cette décision, notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception, prend effet soit immédiatement, soit à une date ultérieure fixée dans la notification établie par la Caisse primaire.

1.3. Rétablissement de la pension

Aucun texte ne prévoit expressément le rétablissement de la pension d'invalidité, mais il ne fait aucun doute que l'assuré, dont la pension a été suspendue médicalement, peut en bénéficier à nouveau si son état de santé vient à s'aggraver, c'est-à-dire si sa capacité de gain redevient inférieure à 50%.

2. Reprise d'une activité salariée

Conformément aux dispositions de l'article L.318 du Code de la Sécurité sociale, le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie en cas de reprise du travail, en raison du salaire ou du gain de l'intéressé.

Lorsqu'il est constaté que l'intéressé a joui, sous forme de pension d'invalidité et de salaire ou gain cumulés, pendant deux trimestres consécutifs, de ressources supérieures au salaire moyen des quatre derniers trimestres civils précédant l'arrêt du travail suivi d'invalidité, la pension doit être suspendue en tout ou partie par la Caisse primaire.

Si les salaires de l'assuré diminuent et qu'aucun dépassement n'est constaté au cours d'un trimestre, il y a lieu de

rétablir la pension en totalité au cours du trimestre suivant et il faut ensuite attendre deux trimestres consécutifs de dépassement pour procéder à une nouvelle réduction de la pension.

Malgré une suspension totale de la pension d'invalidité, la majoration pour tierce personne doit être maintenue si les conditions qui ont motivé son attribution demeurent.

3. Reprise d'une activité non salariée

Les arrérages de la pension doivent être supprimés pendant la période au cours de laquelle l'invalidé exerce une activité non salariée lui procurant des ressources supérieures à celles fixées par l'article 62 du décret du 29/12/1945, mais peuvent être rétablis partiellement ou totalement à la demande de l'assuré, lorsque ses ressources deviennent inférieures au plafond.

Les ressources à prendre en considération sont constituées par le seul gain professionnel du pensionné lui-même, à l'exclusion des autres ressources dont il peut bénéficier par ailleurs et, éventuellement, du salaire de son conjoint.

Chaque fois qu'une augmentation des plafonds de ressources intervient, il y a lieu de procéder à un nouvel examen de la situation des invalides titulaires d'une pension dont les arrérages ont été réduits ou supprimés et, le cas échéant, de rétablir, au moins partiellement, la pension.

Enfin, si l'invalidé titulaire d'une pension dont les arrérages ont été supprimés en application de l'article L.253 du Code de la Sécurité sociale est en mesure de prouver la cessation de son activité non salariée, par exemple en cas de radiation du registre du commerce ou du répertoire des métiers, les arrérages de sa pension pourront être versés à nouveau à compter de la deuxième échéance, suivant la date de cessation d'activité.

Pour l'appréciation du montant des ressources, le montant de la majoration pour tierce personne ne doit pas être retenu.

D'autre part, la réduction ou la suppression des arrérages de la pension d'invalidité, en raison de la reprise d'une activité non salariée, ne peut avoir d'effet sur la majoration pour tierce personne, celle-ci est maintenue intégralement dans tous les cas.

4. Reclassement et rééducation professionnelle

L'article L.320 du Code de la Sécurité sociale permet de maintenir à l'invalidé, quel que soit son salaire ou son gain, une fraction de la pension lorsqu'il fait l'objet d'un traitement, suit des cours ou effectue un stage en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle.

La fraction de pension maintenue peut atteindre 50% et s'ajoute, le cas échéant, à la fraction de pension dont l'assuré continue à bénéficier après comparaison de ses ressources avec le salaire perçu avant l'interruption du travail suivi d'invalidité.

L'invalidé, dont la pension est suspendue parce qu'il a recouvré une capacité de gain supérieure à 50%, peut également bénéficier du maintien d'une fraction allant jusqu'à 50% de sa pension.

De plus, après achèvement du traitement, des cours ou du stage et pendant une durée ne pouvant excéder trois ans, la Caisse primaire peut également maintenir à l'invalidé une fraction de la pension à concurrence de 50% de celle-ci.

Le service de la majoration pour tierce personne est suspendu, pendant la durée du stage, par assimilation avec les dispositions concernant l'invalidé hospitalisé. Il ne pourrait être maintenu que si le stage était effectué en externat.

X - AUTRES CAUSES DE SUSPENSION OU DE SUPPRESSION DE LA PENSION

1. Refus de contrôle médical

Sous peine de voir sa pension suspendue ou supprimée, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales que la Caisse primaire peut provoquer à toute époque.

Il y a refus d'examen si l'invalidé ne répond pas à la convocation qui lui est adressée par lettre recommandée par le médecin conseil de la Caisse ou, lorsqu'il s'agit d'un invalide ne pouvant se déplacer, s'il s'oppose à la visite du médecin contrôleur.

La notification de suspension, ou éventuellement de suppression, est adressée par lettre recommandée avec avis de réception à l'assuré. La suppression ou la suspension prend effet à la date à laquelle le contrôle médical a été rendu impossible.

2. Départ à l'étranger

Les arrérages de la pension d'invalidité ne sont payés à l'invalidé de nationalité étrangère qui fixe sa résidence hors de France que dans la mesure où a été passée avec le pays intéressé une convention diplomatique établissant des accords de réciprocité, portant notamment sur les droits acquis par les assurés et sur les modalités de contrôle médical.

La pension d'invalidité peut aussi être versée à un bénéficiaire ayant transféré sa résidence dans un pays n'ayant pas passé de convention avec la France, sous la réserve expresse que le double contrôle administratif et médical soit possible au lieu de sa nouvelle résidence.

A défaut de convention ou de possibilités de contrôle, une notification de suspension est adressée à l'intéressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La date d'effet de la suspension se situe au jour du départ à l'étranger.

XI - FIN DE LA PENSION

1. Décès du titulaire

La pension d'invalidité est attribuée à l'invalidé à titre personnel; elle s'éteint au décès de ce dernier et n'est pas réversible.

Les arrérages de la pension d'invalidité restant dus à la date du décès de l'assuré tombent dans sa succession.

2. Transformation de la pension d'invalidité en pension de vieillesse

2.1. Conditions

L'article L.322 du Code prévoit la transformation, à l'âge de 60 ans, de la pension d'invalidité en pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail.

Cette transformation intervient même si la pension a été suspendue et quelle que soit la cause de cette suspension.

2.2. Point de départ

L'entrée en jouissance de la pension de vieillesse substituée à la pension d'invalidité est fixée au premier jour du mois suivant le 60ème anniversaire du pensionné.

2.3. Montant de la pension de substitution

La pension d'invalidité est remplacée par la pension vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail, c'est-à-dire sur la base du taux de 50% du salaire annuel moyen.

Toutefois, la pension vieillesse ne peut pas être inférieure à la pension d'invalidité dont bénéficie l'intéressé à 60 ans.

De même, la pension servie à l'assuré ne pourra pas être inférieure à l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

2.4. Révision de la pension entre 60 et 65 ans

Lorsque le titulaire d'une pension de vieillesse de substitution liquidée avec une date d'entrée en jouissance postérieure au 31 Décembre 1971 exerce une activité professionnelle quelconque avant l'âge de 65 ans, le service des arrérages est suspendu si le total des revenus professionnels dépasse un certain chiffre.

Entre le 1/01/1961 et le 31/12/1971, les ex-titulaires de pensions d'invalidité des 2ème et 3ème groupes pouvaient être contrôlés médicalement. Ce contrôle pouvait aboutir à la suspension de la pension de substitution mais, en tout état de cause, les intéressés conservaient le droit à la pension de vieillesse au titre de l'inaptitude au travail.

XII - PAIEMENT DE LA PENSION

1. Caisse compétente

Même en cas de changement de résidence de l'assuré invalide, les arrérages de sa pension d'invalidité sont toujours servis par la Caisse régionale dans la circonscription de laquelle est située la caisse primaire qui a liquidé cette pension.

2. Périodicité des paiements

L'article L.359 du Code pose le principe du paiement trimestriel et à terme échu de la pension d'invalidité.

XIII - COORDINATION

Des règles ont fixé les conditions dans lesquelles un assuré peut bénéficier d'une pension d'invalidité, après avoir relevé successivement d'un régime spécial ou du régime agricole et du régime général.

1. Coordination entre le régime général et les régimes spéciaux

1.1. Régime responsable du service de la pension invalidité

Depuis le 1/07/1955, la charge des prestations de l'assurance invalidité incombe au régime auquel l'assuré était affilié à la date :

- soit de l'interruption de travail suivie d'invalidité,
- soit de l'accident suivi d'invalidité,
- soit de la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

1.2. Ouverture des droits

Lorsque la charge des prestations incombe au régime général, l'assuré doit justifier des conditions d'ouverture du droit prévues à l'article 2 du décret du 30/04/1968, en tenant compte du fait que la durée d'immatriculation et les heures de travail (ou les heures assimilées) accomplies sous les deux régimes s'additionnent.

L'assuré qui ne remplit pas les conditions fixées à l'article 2 du décret du 30/04/1968 peut néanmoins bénéficier d'une pension d'invalidité du régime général, s'il remplit les conditions exigées par le régime spécial en ne tenant compte que de la durée du travail accompli sous celui-ci.

1.3. Calcul de la pension

Le salaire servant de base au calcul de la pension due à un assuré affilié successivement à un régime spécial et au régime général est fixé en tenant compte uniquement des rémunérations perçues au cours des périodes d'affiliation au régime auquel incombe la charge des prestations.

1.4. Limites de cumul

Au préalable, il convient de préciser que l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité d'un régime spécial ne peut prétendre, s'il devient titulaire du régime général, à une pension de ce dernier régime que pour une invalidité ayant une origine différente de celle pour laquelle il est déjà pensionné. Mais le degré total d'incapacité est retenu pour évaluer la condition médicale d'invalidité.

Lorsqu'un assuré est titulaire d'une pension d'invalidité du régime général et d'une pension d'un régime spécial acquise au titre de l'invalidité ou à un autre titre, le montant cumulé de ces deux pensions ne peut être inférieur au minimum de la pension d'invalidité.

De plus, le montant cumulé des deux pensions ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la catégorie professionnelle à laquelle l'intéressé appartenait au moment soit de l'interruption de travail suivie de l'invalidité ouvrant droit à la pension du régime général, soit de l'accident ayant entraîné cette invalidité, soit de la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme. Lorsque le salaire de comparaison défini ci-dessus est dépassé, la pension du régime général est réduite à concurrence de l'excédent.

2. Coordination entre le régime général et les régimes des salariés agricoles et des exploitants agricoles

C'est le décret n°53-448 du 13/05/1953 qui détermine

les conditions dans lesquelles doit être examinée, au regard des diverses assurances, la situation des personnes qui ont relevé du régime des salariés non agricoles et du régime des salariés agricoles.

2.1. Régime responsable du service et de la charge de la pension

a) Salariés agricoles.

Lorsque l'assuré a relevé successivement du régime général et du régime agricole, ou inversement, le service et la charge des prestations invalidité incombent au régime auquel l'assuré était affilié à la date :

- soit de l'interruption de travail suivie d'invalidité;
- soit de l'accident suivi d'invalidité;
- soit de la constatation médicale de l'état d'invalidité.

b) Exploitants agricoles.

Lorsque l'assuré a relevé successivement du régime des exploitants agricoles et d'un régime obligatoire de salariés, ou inversement, le régime des salariés assume le service et la charge des prestations de l'invalidité si les conditions d'ouverture du droit sont remplies dans ce dernier régime compte tenu du temps de travail salarié et assimilé. Sinon, le régime devant assumer le service et la charge desdites prestations est désigné en application des dispositions fixées par l'article 2 du décret du 13/05/1953.

2.2. Ouverture des droits

a) Salariés agricoles.

Les règles d'ouverture des droits à l'assurance invalidité à appliquer sont celles du régime auquel incombe le service des prestations.

De même qu'en matière de coordination entre le régime général et les régimes spéciaux, la durée d'immatriculation et le temps de travail (ou le temps assimilé à un temps de travail) accomplis sous les deux régimes s'additionnent.

b) Exploitants agricoles.

Dans le cas où il est nécessaire de faire appel aux périodes d'assujettissement au régime des exploitants, il est tenu compte de ces périodes (assimilées à des périodes d'immatriculation du régime des salariés) dans la mesure où celles-ci auraient pu être prises en considération pour l'ouverture du droit à l'assurance invalidité dans ledit régime en vertu de ses règles propres. Pour la totalisation, un mois d'assujettissement au régime des exploitants est considéré comme équivalent à 25 jours de travail salarié, une semaine, à 6 jours et chaque jour à 6 heures de travail salarié non agricole.

2.3. Calcul de la pension

a) Salariés agricoles.

Lorsque l'assuré a été affilié successivement au régime agricole et au régime général, et que le service de la pension incombe au régime général, la pension est liquidée selon les règles de ce dernier régime.

Pour calculer cette pension, il y a lieu de prendre en considération les salaires correspondant aux cotisations versées au régime agricole et au régime général au cours des dix années civiles d'assurance postérieures au 31/12/1947 et dont la prise en compte est la plus avantageuse pour l'assuré.

S'il ne justifie pas de dix années après le 31/12/1947, il convient de retenir les années civiles accomplies depuis l'immatriculation, ou compléter les dernières années par celles précédant le 1er/01/1948, à concurrence de dix. Les périodes de salariat et les périodes assimilées sont validées de façon identique dans les deux régimes, sauf la période comprise

entre le 1er/07/1930 et le 31/12/1945.

En effet, dans ce cas, le régime agricole décompte un trimestre pour tout versement correspondant à 50 jours de travail.

b) Exploitants agricoles.

Les pensions du régime général liquidées en coordination avec le régime des exploitants agricoles sont calculées sur la base des seules rémunérations perçues au cours des périodes d'affiliation au régime général.

2.4. Limites de cumul

a) Salariés agricoles.

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité du régime général de Sécurité sociale, qui viennent à relever du régime agricole, ou inversement, ne peuvent prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité de leur nouveau régime que pour une invalidité ayant une autre origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés.

Si cette condition est remplie, leurs droits à une seconde pension doivent être déterminés en tenant compte de leur degré total d'incapacité de travail ou de gain.

Le montant cumulé des deux pensions ne peut être inférieur au minimum de la pension d'invalidité.

En outre lorsque l'entrée en jouissance de la deuxième pension est postérieure au 1er/10/1958, les arrérages cumulés des deux pensions ne peuvent excéder les 50% du salaire perçu par un travailleur de la catégorie professionnelle à laquelle l'assuré appartenait en dernier lieu. Ils ne peuvent toutefois être inférieurs au montant de la plus élevée des deux pensions.

C'est toujours la pension servie par le dernier régime

qui est réduite, s'il y a lieu, à concurrence de l'excédent constaté.

b) Exploitants agricoles.

Les dispositions précitées de l'article 5 ter du décret du 13/05/1953 sont applicables aux titulaires d'une pension d'invalidité du régime des exploitants agricoles qui viennent à relever du régime général.

XIV - DROIT AUX AUTRES ASSURANCES

Tout assuré titulaire d'une pension d'invalidité, garde la qualité d'invalidé, même si la pension est suspendue et quelle que soit la cause de la suspension. La qualité d'invalidé prend fin uniquement avec la suppression de la pension.

L'article 67 du décret du 29/12/1945 prévoit que l'assuré, qui reprend le travail après suppression de sa pension, est considéré comme ayant rempli, pendant l'année précédant la date de la suppression, les conditions exigées pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

1. Assurance maladie

1.1. Bénéficiaires

L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

1.2. Prestations en nature

Les prestations servies sont celles de l'assurance maladie. Ainsi, l'ensemble des mesures prévues par les dispositions de l'article L. 293 du Code de la Sécurité sociale doivent, le cas échéant, être appliquées.

Ces prestations sont accordées sans limitation de durée

et quelle que soit la nature de l'affection nécessitant les soins.

En cas de suppression de la pension d'invalidité, le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, accessoire de la pension, est supprimé, mais seulement à l'expiration du délai d'un mois suivant la date à compter de laquelle la pension a été supprimée.

1.3. Prestations en espèces

Le pensionné d'invalidité qui a repris le travail a droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie, s'il remplit les conditions requises, quelle que soit la nature de l'affection entraînant l'arrêt de travail, mais sous réserve que son état ne puisse être considéré comme stabilisé.

Toutefois, s'il s'agit de l'affection pour laquelle l'intéressé a bénéficié de trois ans d'indemnités journalières, il est nécessaire que l'assuré ait repris le travail pendant au moins un an.

Les droits de l'assuré au bénéfice des indemnités journalières et, éventuellement, au rétablissement de la pension d'invalidité doivent donc être examinés dans les conditions suivantes :

a) Pension suspendue pour des raisons d'ordre médical.

Il convient tout d'abord d'examiner si l'état de l'assuré doit ou non être considéré comme stabilisé sur le plan médical.

- L'état de l'assuré n'est pas stabilisé : les indemnités journalières de l'assurance maladie sont dues, sous réserve que les conditions d'ouverture des droits à l'assurance maladie soient remplies.
- L'état de l'assuré est stabilisé ou vient à se stabiliser : il convient de ne pas servir ou de cesser de servir les in-

demnités journalières et de procéder à la liquidation d'une seconde pension d'invalidité qui se substitue à la première si elle est d'un montant plus élevé.

En tout état de cause, l'invalidé dont l'état est stabilisé ne peut cumuler les prestations en espèces de l'assurance maladie avec la pension d'invalidité.

b) Pension suspendue en partie ou en totalité pour des raisons d'ordre administratif.

Il convient dans ce cas de servir les indemnités journalières tant que l'état de santé de l'invalidé n'est pas stabilisé et de rétablir, le cas échéant, la pension dans la mesure où le montant cumulé de la pension avec les seules indemnités journalières n'excède pas le salaire perçu avant l'arrêt du travail suivi d'invalidité.

Si, par la suite, la stabilisation intervient, il convient de supprimer les indemnités journalières et de procéder à la liquidation d'une seconde pension qui se substitue à la première si elle est d'un montant plus élevé.

1.4. Ticket modérateur

Les dispositions du décret n°67-925 du 19/10/1967 prévoient que les assurés titulaires d'une pension d'invalidité, ainsi que les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, sont dispensés pour eux-mêmes de toute participation à l'occasion des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et de cure. Cette mesure est valable quelle que soit la nature de la maladie au titre de laquelle les prestations sont demandées.

Lorsqu'un invalide a repris une activité salariée, il n'en continue pas moins, tant qu'il demeure titulaire de sa pension, à bénéficier, en qualité de pensionné, des prestations en nature et conserve de ce fait son droit à l'exonération du ticket modérateur, même s'il doit interrompre son travail.

2. Assurance maternité

2.1. Prestations en nature

L'assurée titulaire d'une pension d'invalidité a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maternité.

2.2. Prestations en espèces

L'invalidé qui a repris une activité peut prétendre, pendant la période de repos prénatal et postnatal, au bénéfice des indemnités journalières.

Le cumul de celles-ci avec la pension est admis dans les limites permises pour le cumul du salaire et de la pension en cas de reprise d'activité.

3. Assurance décès

L'assimilation à 6 heures de travail salarié de toute journée indemnisée au titre de l'invalidité permet à l'assuré qui perçoit sa pension d'ouvrir droit au capital décès.

En revanche, les ayants droit de l'invalidé dont la pension était suspendue ne peuvent se prévaloir des dispositions qui précèdent à moins que la suspension n'ait été prononcée à la suite de l'application des règles de cumul avec un autre avantage; dans ce cas il y a lieu de considérer que l'assimilation s'applique et que le droit au capital décès est ouvert.

XV - CONTROLE MEDICAL DE L'INVALIDE

Le Code de la Sécurité sociale prévoit :

- la révision de la pension d'invalidité en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé;
- la suspension ou la suppression de la pension si la capacité de gain devient supérieure à 50%.

C'est pourquoi, la Caisse primaire peut, à tout moment, provoquer un contrôle médical portant sur la capacité de gain qui reste à l'invalidé pensionné.

La circulaire 134 S.S. du 26/04/1948 a prescrit, en particulier, un contrôle systématique des invalides entre 58 et 60 ans, afin d'éviter des substitutions abusives de pensions de vieillesse, allouées au titre de l'inaptitude au travail aux pensions d'invalidité dont sont titulaires des bénéficiaires ayant recouvré une capacité de gain supérieure à 50%.

Toute décision prise par la Caisse primaire est notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception.

XVI - CONTESTATIONS DE L'ASSURE

Aux termes de l'article L.193 du Code de la Sécurité sociale, il est institué une organisation du contentieux technique destinée à régler les contestations relatives :

- à l'état d'invalidité,
- au taux de la réduction de la capacité de travail ou de gain,
- au classement des invalides.

Les contestations sont portées, en première instance, devant les commissions régionales d'invalidité. Puis elles sont portées en appel devant une commission nationale technique. Enfin, les décisions de cette commission nationale technique peuvent être attaquées devant la Cour de cassation.

1. Commissions régionales

1.1. Composition de la commission

Les commissions régionales sont présidées par le directeur régional de la Sécurité sociale.

Les commissions régionales comprennent en outre :

- un médecin expert désigné par le directeur régional de la

Sécurité sociale ou par l'inspecteur divisionnaire des lois sociales en agriculture;

- un médecin désigné par le requérant;
- un médecin désigné par la caisse dont la décision est contestée;
- un représentant de l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'oeuvre;
- un assesseur représentant les employeurs ou travailleurs indépendants et un assesseur représentant les travailleurs salariés.

1.2. Procédure

La réclamation contre la décision de la caisse doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la date de la notification de cette décision.

Dans les 8 jours suivant la réception de la réclamation, le secrétariat de la commission régionale en adresse copie à la caisse intéressée et l'invite à présenter ses observations écrites dans un délai de 10 jours.

La commission régionale fait procéder par les moyens qui lui paraissent les meilleurs à l'instruction de l'affaire.

Elle examine l'intéressé ou le fait examiner soit par la commission régionale de sa résidence, soit par un praticien qualifié s'il est dans l'impossibilité de se déplacer.

Elle peut néanmoins statuer sur pièces lorsque figurent au dossier des constatations médicales suffisantes.

La commission peut prescrire tous examens médicaux, ainsi que toutes enquêtes qu'elle juge utiles.

La commission régionale ne peut valablement statuer que si quatre au moins de ses membres dont le président et le médecin expert, sont présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le secrétariat de la commission régionale notifie

dans les 10 jours le texte de la décision à chacune des parties.

Les parties peuvent relever appel de la décision de la commission régionale devant la commission nationale technique. L'appel a un effet suspensif.

2. Commission nationale technique

2.1. Composition

La commission nationale technique est composée de membres titulaires et de membres suppléants choisis parmi :

- les magistrats de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire en activité ou honoraires désignés par arrêté conjoint du Garde des Sceaux, ministre de la Justice et des ministres intéressés;
- les fonctionnaires de la catégorie "A" en activité ou en retraite, du ministère du travail, désignés par arrêté conjoint du Garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre du Travail;
- les travailleurs salariés ou les employeurs ou travailleurs indépendants.

La commission est divisée en sections. Chaque section est présidée par un magistrat et comprend en outre :

- deux membres choisis soit parmi les magistrats, soit parmi les fonctionnaires appartenant aux catégories visées ci-dessus;
- deux assesseurs représentant l'un les travailleurs salariés, l'autre les employeurs ou travailleurs indépendants.

Le nombre des sections et leur compétence sont fixés par arrêté conjoint du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, du ministre du Travail et du ministre de l'Agriculture.

Sont désignés par arrêté pris dans la même forme, parmi les magistrats de l'ordre administratif ou judiciaire, membres de la commission, le président et le vice-président de la commission, ainsi que les présidents de section.

2.2. Procédure

L'appel est introduit dans le délai d'un mois à compter de la date de la notification de la décision prise par la commission régionale.

La dénonciation de la partie adverse incombe au secrétariat de la commission régionale qui invite les parties en cause à présenter, dans un délai de vingt jours, leurs observations écrites.

Le président de la commission nationale technique peut réunir deux ou plusieurs sections.

La commission peut, si elle le juge utile, faire appel à des experts qualifiés.

Elle doit faire procéder à l'examen préalable par un médecin qualifié, de tout dossier qui lui est soumis en appel des décisions prises par les commissions régionales.

Ce médecin est choisi sur une liste établie par arrêté du ministre du Travail.

La commission nationale technique statue uniquement sur pièces; elle peut prescrire toutes enquêtes ainsi que tous examens médicaux et analyses qu'elle juge utiles.

La commission nationale technique ne peut valablement statuer que si au moins trois de ses membres dont le président sont présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

La décision de la commission est notifiée à chacune des parties par la direction régionale de la Sécurité sociale.

Les décisions de la commission nationale technique peuvent être attaquées par la voie du recours en cassation.

3. Pourvoi en cassation

Le pourvoi est formé, instruit et jugé conformément aux règles de la procédure de droit commun.

Le pourvoi est formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision frappée du pourvoi.

Le demandeur en cassation doit, à peine de déchéance, produire son mémoire ampliatif dans un délai de 6 mois à compter du dépôt du pourvoi. Sous la même peine, il doit le signifier, au plus tard, dans les 2 mois qui suivent l'expiration de ce délai, au défenseur et au ministère du Travail.

Le directeur régional de la Sécurité sociale ou son représentant peut former pourvoi dans le délai de 2 mois à compter de la notification de la décision aux parties.

Le demandeur ou le défendeur au pourvoi peut, à condition de justifier de ressources inférieures à un chiffre limite fixé par arrêté conjoint du ministre de la Justice, du ministre du Travail et du ministre des Finances, formuler une demande en vue d'obtenir la dispense du paiement des honoraires de l'avocat.

En cas de renvoi par la Cour de cassation devant la commission de première instance, ou devant la commission nationale technique, il appartient à l'une des parties au pourvoi de saisir la juridiction de renvoi, par simple lettre recommandée adressée au greffe ou au secrétariat de ladite juridiction.

Mais si la Cour rejette le pourvoi, quelle que soit la cause de ce rejet, la décision devient définitive et tout nouveau pourvoi est irrecevable.

DEUXIEME PARTIE

=====

ETUDE PRATIQUE DES DOSSIERS

DE L'ANNEE 1971

I - METHODOLOGIE

La C.P.A.M. de Lyon comprend trois circonscriptions administratives s'occupant chacune d'un nombre à peu près identique d'habitants.

La 3ème circonscription administrative, celle qui fait l'objet de notre étude, s'étend géographiquement sur les cantons de Condrieu, Givors, Mornant, Saint-Symphorien-sur-Coise, Saint-Genis-Laval, Oullins, Vaugneray, Saint-Laurent-de-Chamousset, L'Arbresle, Limonest, Neuville-sur-Saône et les 5ème et 9ème arrondissements de Lyon.

Tout ceci représentait :

- en 1968 : 380.000 habitants dont 31.000 immigrés;
- en 1975 : 430.000 habitants dont 38.500 immigrés.

Sur cette population, il y avait :

- en 1968 : 142.000 assurés dont 14.000 immigrés, soit 9,8%;
- en 1975 : 195.000 assurés dont 16.000 immigrés, soit 8,2%.

En 1971, il y a eu 394 propositions de mise en invalidité. Nous n'avons pu malheureusement retrouver que 353 dossiers médicaux, 41 étant restés introuvables (la plupart concernant des malades ayant plus de 60 ans à ce jour, donc ayant basculé

dans la retraite anticipée pour inaptitude au travail).

Comme nous le verrons par la suite, nous travaillerons cependant parfois sur la totalité des propositions de mise en invalidité, car nous avons retrouvé le dossier administratif des malades dont il nous manquait le dossier médical.

Tout au long de notre étude, nous avons séparé les hommes des femmes, car le sexe nous est apparu comme un critère essentiel et la comparaison entre hommes et femmes nous a semblé indispensable du fait de la différence de pathologie, de psychologie et même de profession entre les deux sexes.

Parmi nos invalides de 1971, il y en a un certain nombre qui sont décédés aujourd'hui. Ce nombre s'élève à 30 hommes et 15 femmes. Nous ne pouvons malheureusement pas en dire plus sur ces décès; d'abord parce qu'il n'est pas certain qu'ils aient été tous portés à notre connaissance, et puis parce qu'on ne connaît pas la raison de leur mort. En effet, le dossier porte la seule mention "décédé", sans préciser si le décès est survenu suite à la maladie invalidante ou non.

La seule précision qui puisse être donnée, c'est que :

- parmi les décès masculins, il y avait :
 - . 2 malades en invalidité catégorie 1
 - . 26 malades en invalidité catégorie 2
 - . 2 malades en invalidité catégorie 3
- parmi les décès féminins, il y avait :
 - . 1 malade en invalidité catégorie 1
 - . 12 malades en invalidité catégorie 2
 - . 2 malades en invalidité catégorie 3

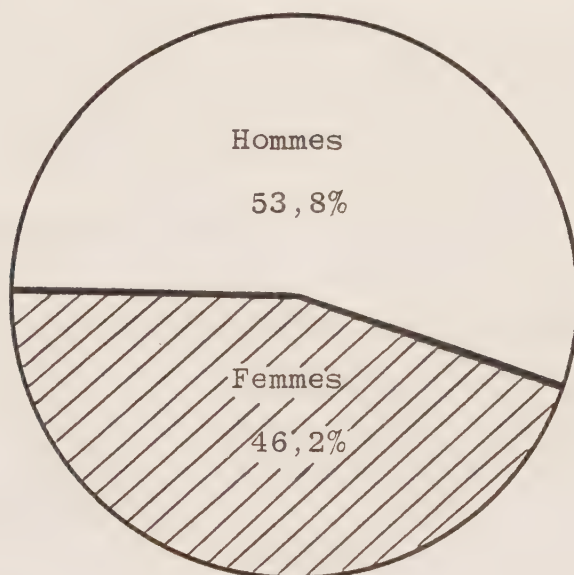
II - ETUDE DES DOSSIERS

Nous allons analyser un par un chacun des critères faisant partie d'un rapport médical d'invalidité, lequel est établi par le médecin conseil après qu'il ait examiné le malade, et demandé au besoin des examens spécialisés.

1. Suivant le sexe

Sur les 394 propositions de mise en invalidité de l'année 1971 :

- 211 ont concerné les hommes;
- 183 ont concerné les femmes.



Pourcentage d'hommes et de femmes ayant été proposés pour l'invalidité

Bien que nos chiffres semblent montrer un plus grand nombre d'invalides chez les hommes, c'est en fait l'inverse, (plus de femmes que d'hommes), puisque les statistiques montrent qu'il y a dans la population active, à peu près 2 hommes pour 1 femme.

2. Suivant la nationalité

2.1. Les hommes

160 dossiers ont été ouverts pour des français alors que 51 l'ont été pour des étrangers, ce qui représente 75,8% de français pour 24,2% d'étrangers.

2.2. Les femmes

En ce qui concerne les femmes, il y a moins d'Etrangères concernées puisqu'il y en a seulement 24 pour 159 Françaises, soit 86,9% de Françaises contre 13,1% d'Etrangères.

Sur le nombre total de propositions de mise en invalidité, cela nous donne 319 Français et Françaises, soit 81%, contre 75 Etrangers et Etrangères, soit 19%.

3. Suivant l'âge

A partir de là, nous allons éliminer de nos dossiers, pour y revenir plus loin dans un chapitre spécial, les rejets de la pension d'invalidité, pour ne nous occuper que des propositions de mise en invalidité qui ont abouti à une mise en invalidité effective.

Ayant un nombre important d'invalides entre 55 et 60 ans, nous avons cherché à isoler celui des mises en invalidité entre le 59ème et le 60ème anniversaire (nous en comprendrons la raison plus loin). Or, dès ce 60ème anniversaire, il ne faut plus parler d'invalidité mais de retraite anticipée pour inaptitude au travail, d'où la dernière tranche d'âge sur l'axe des abscisses de notre graphique qui ne représente en fait qu'une année, puisqu'il aurait été faux d'indiquer 59 à 64 ans, aucune mise en invalidité ne pouvant avoir lieu au delà de 60 ans.

Nous avons obtenu comme résultat :

3.1. Chez les hommes

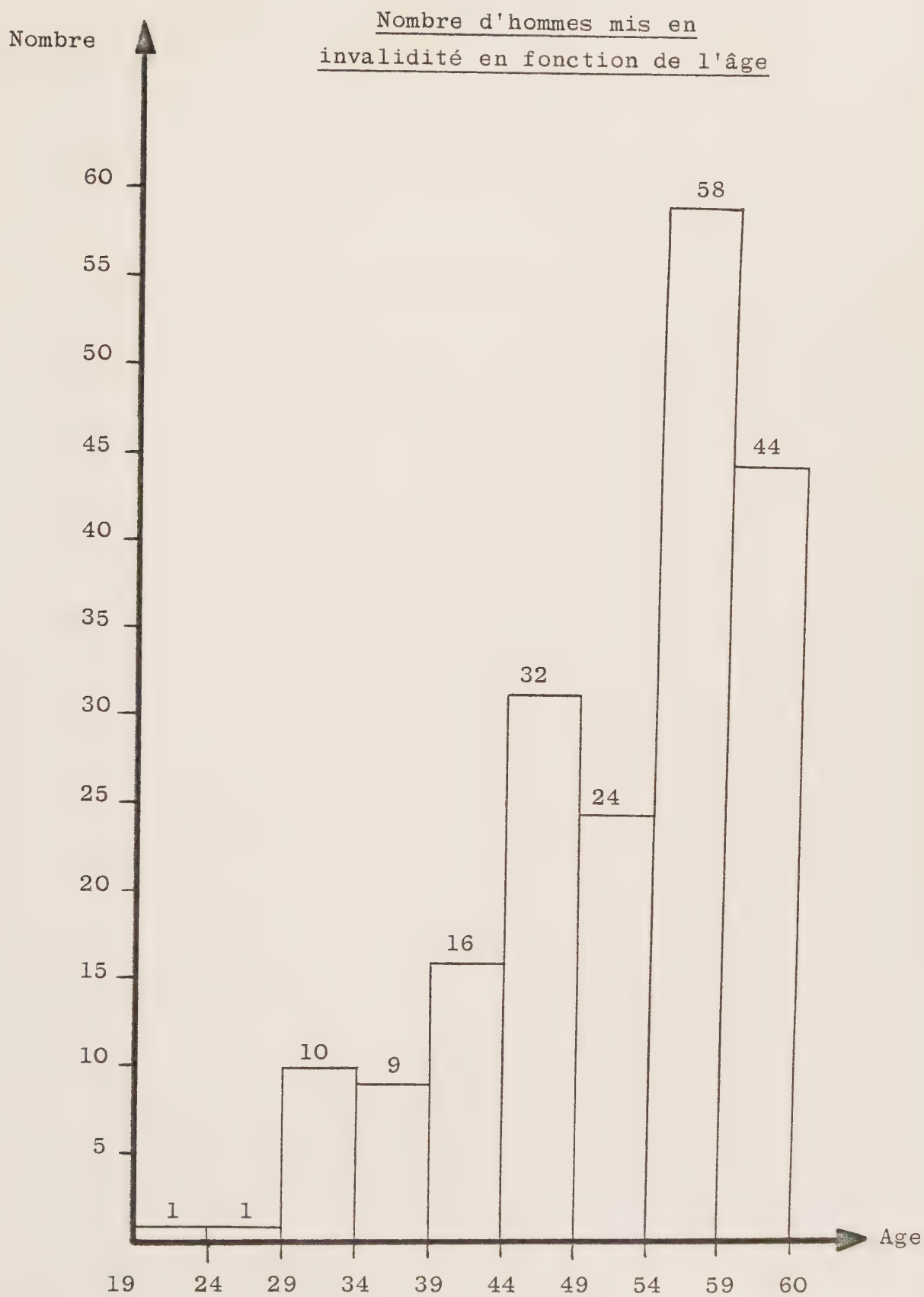
19 - 24 ans	0,5%
24 - 29 ans	0,5%
29 - 34 ans	5,1%
34 - 39 ans	4,6%
39 - 44 ans	8,2%
44 - 49 ans	16,4%
49 - 54 ans	12,3%
54 - 59 ans	29,8%
59 - 60 ans	22,6%

3.2. Chez les femmes

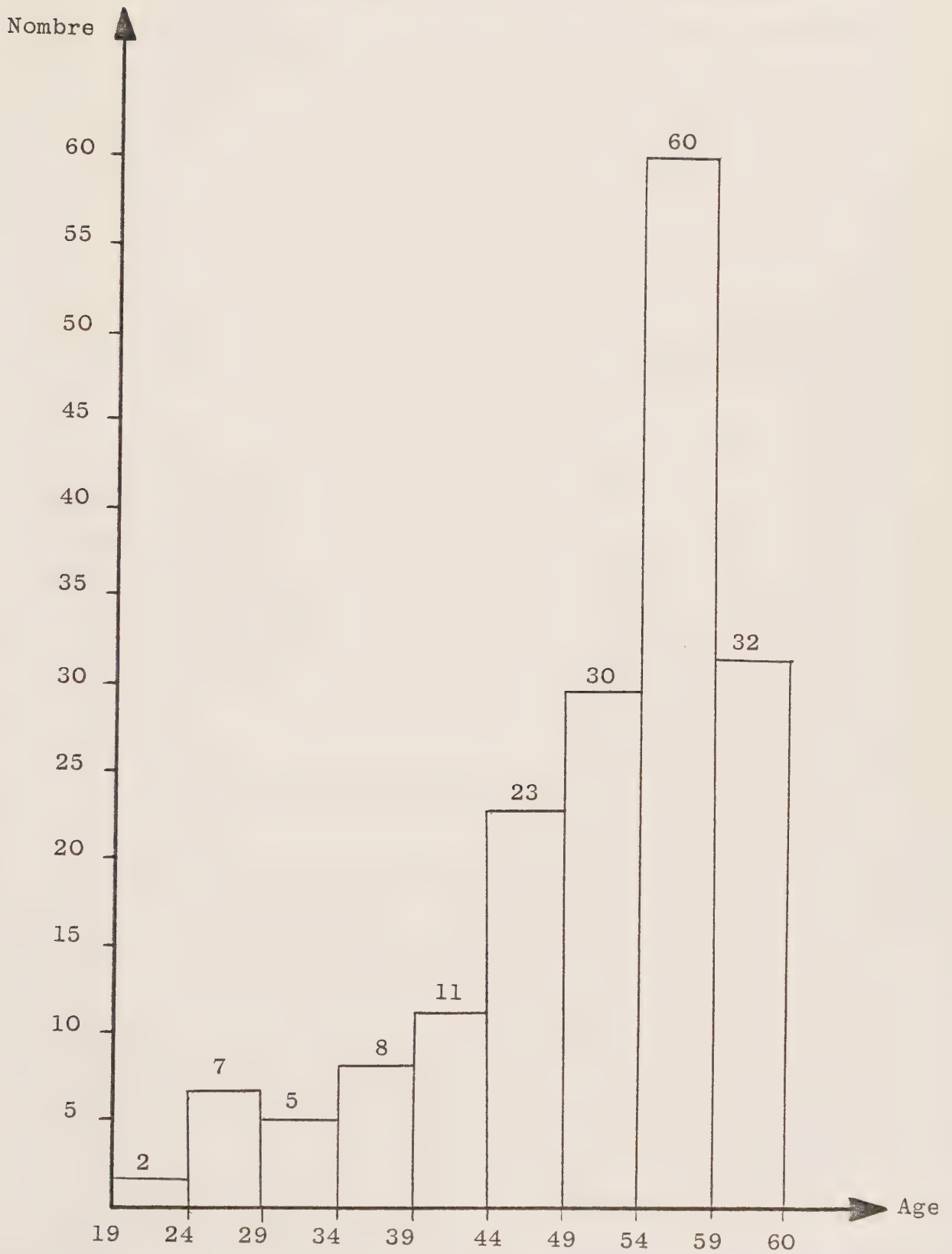
19 - 24 ans	1,1%
24 - 29 ans	3,9%
29 - 34 ans	2,8%
34 - 39 ans	4,5%
39 - 44 ans	6,2%
44 - 49 ans	12,9%
49 - 54 ans	16,9%
54 - 59 ans	33,7%
59 - 60 ans	18,0%

Il apparait donc que le sexe semble peu influencer l'âge de mise en invalidité, puisque dans les deux cas, le maximum est obtenu dans la tranche d'âge allant de 54 à 59 ans.

Notons cependant qu'il y a plus d'invalides chez les femmes jeunes que chez les hommes du même âge et que par contre, il y a moins d'invalides chez les femmes âgées que chez les hommes âgés.



Nombre de femmes mises en
invalidité en fonction de l'âge



4. Suivant la profession

Les dossiers médicaux ne comportant malheureusement pas tous la profession de l'intéressé, nous ne travaillerons dans ce chapitre que sur 145 professions chez les hommes et 142 chez les femmes. Il nous en manque donc respectivement 24 et 21.

4.1. Chez les hommes

Nous avons individualisé 7 sortes de professions plus une huitième regroupant des métiers divers. Il s'agit de :

- ouvriers spécialisés	19,3%
- ouvriers professionnels	17,9%
- cadres et professions libérales	6,2%
- employés de bureau	8,3%
- professions de type artisanal	17,2%
- manutentionnaires	13,1%
- chauffeurs	8,3%
- divers	9,7%

4.2. Chez les femmes

Bien que les professions ne soient pas toujours identiques, nous en avons aussi individualisé 8 sortes, dont une regroupant des métiers divers. Il s'agit de :

- ouvrières spécialisées	22,5%
- ouvrières professionnelles	14,8%
- cadres et professions libérales	6,3%
- vendeuses	4,9%
- femmes de ménage ou de service	28,2%
- employées de bureau	13,4%
- travailleuses à domicile	2,8%
- divers	7,1%

Nous voyons donc que dans le sexe masculin, trois groupes de professions dominant mais sans se détacher vraiment. Il s'agit des ouvriers spécialisés, des ouvriers professionnels et des professions de type artisanal.

Par contre, dans le sexe féminin, il y a deux groupes professionnels qui ressortent vraiment, puisqu'à eux deux, ils contiennent 50,7% des invalides. Il s'agit des ouvrières spécialisées et surtout des femmes de ménage ou de service.

Nous verrons plus loin l'influence de la profession sur les maladies invalidantes, bien qu'il ne s'agisse, en aucun cas, de maladies dites professionnelles, puisque celles-ci, comme du reste les accidents du travail, ne débouchent pas sur une pension d'invalidité, mais sur une rente d'incapacité permanente.

5. Date d'appréciation des conditions médicales pouvant ouvrir droit à l'invalidité

Cette appréciation se fait dans cinq circonstances :

- Lorsque le malade est arrivé à l'expiration de la période de 3 ans pendant laquelle il a bénéficié des prestations en espèces de l'assurance maladie. Il faut donc le mettre en invalidité si son état, non amélioré, ne lui permet pas de reprendre le travail.

- Lorsqu'au cours d'un arrêt de travail, le médecin conseil considère l'état du malade comme :

- . consolidé, si l'affection en cause est uniquement traumatique, résultant d'un accident non régit par la législation sur les accidents du travail;

- . stabilisé, si l'affection en cause n'est pas d'origine traumatique (ce qui est le plus fréquent).

- Lorsque c'est le médecin traitant qui considère l'état du patient comme stabilisé et qu'il le signale au médecin conseil, lequel confirme ou non cette stabilisation.

- Lorsque l'assuré présente une usure prématurée de l'organisme.
- Lorsque la Caisse de Sécurité sociale ne peut plus indemniser l'assuré, parce qu'il a épuisé son droit aux prestations en espèces, ayant perçu 360 indemnités journalières (I.J.) au cours des trois dernières années; cela sans qu'ait pu être individualisée une affection de longue durée.

Nos dossiers nous ont donné :

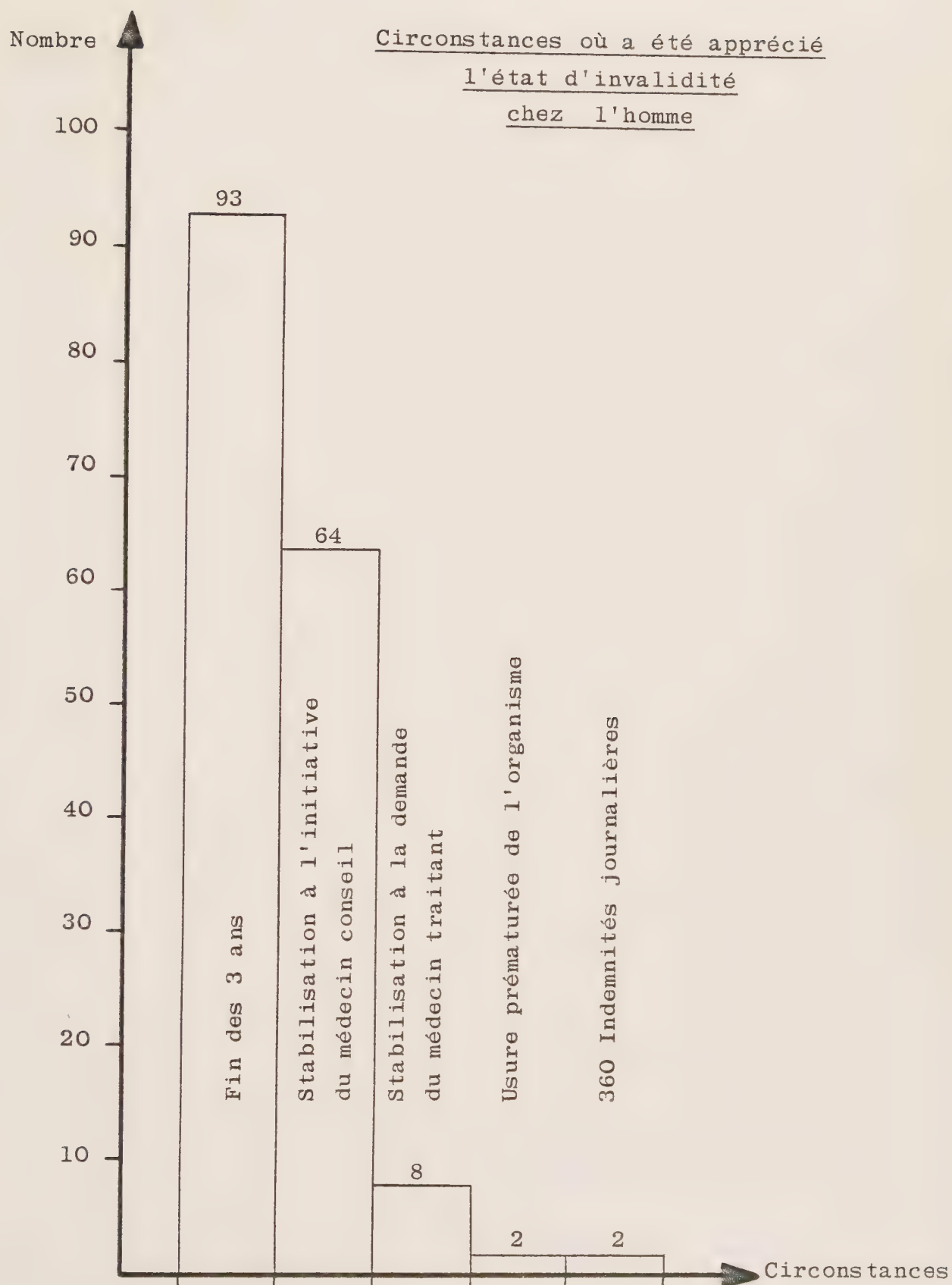
5.1. Les hommes

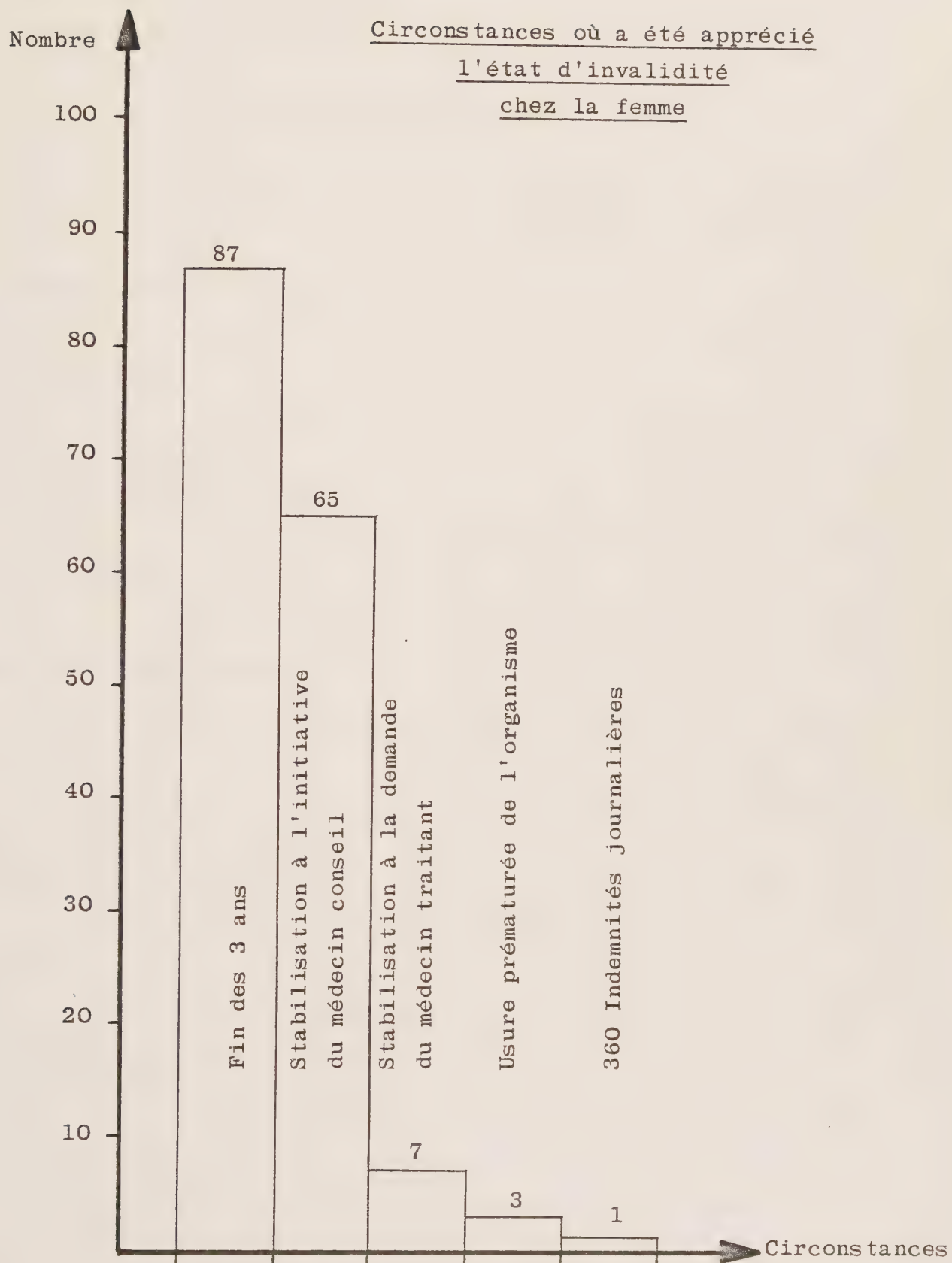
- Fin des 3 ans	55%
- Stabilisation à l'initiative du médecin conseil	37,9%
- Stabilisation sur demande du médecin traitant	4,7%
- Usure prématurée de l'organisme	1,2%
- 360 indemnités journalières	1,2%

5.2. Les femmes

- Fin des 3 ans	53,4%
- Stabilisation à l'initiative du médecin conseil	39,9%
- Stabilisation sur demande du médecin traitant	4,3%
- Usure prématurée de l'organisme	1,8%
- 360 indemnités journalières	0,6%

Dans la majorité des cas, la mise en invalidité intervient en fin des 3 ans d'arrêt de travail aussi bien dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Puis intervient la stabilisation par le médecin conseil avec une égale fréquence dans les deux sexes; les trois autres circonstances étant presque du domaine de l'exception.





6. Les affections invalidantes

Nous avons pu individualiser 11 maladies ou groupes de maladies plus un groupe de divers, ce qui nous a donné :

6.1. Chez les hommes

Maladies	Nombre de malades	Pourcentage
Maladies cardio-vasculaires	36	21,4
Rhumatologie	13	7,7
Maladies pulmonaires autres que les cancers	23	13,6
Psychiatrie	29	17,2
Maladies neurologiques	15	8,8
Cancers	10	5,9
Maladies du tube digestif autres que les cancers	8	4,7
Diabète	4	2,4
Maladies d'origine éthylque pure	13	7,7
Ophtalmologie	6	3,5
Divers	12	7,1
TOTAL	169	100%

Il est à noter plusieurs sous-groupes importants :

- Maladies cardio-vasculaires : dans les 21,4%, 10,7% sont des infarctus du myocarde.
- Maladies pulmonaires : dans les 13,6%, 6,5% sont des tuberculoses.
- Nous avons eu 3,5% d'hémiplégiques, quelle qu'en soit l'étiologie.

6.2. Chez les femmes

Nous retrouvons les mêmes sous-groupes que précédemment :

- Maladies cardio-vasculaires : dans les 11,6%, 1,2% seulement sont des infarctus du myocarde.
- Maladies pulmonaires : dans les 4,9%, 1,2% sont des tuberculoses.
- Nous avons eu 2,5% d'hémiplégiques quelle qu'en soit l'étiologie.

Les affections invalidantes chez les femmes

Maladies	Nombre de malades	Pourcentage
Maladies cardio-vasculaires	19	11,6
Rhumatologie	20	12,3
Maladies pulmonaires autres que les cancers	8	4,9
Psychiatrie	56	34,4
Maladies neurologiques	15	9,2
Cancers	8	4,9
Maladies du tube digestif autres que les cancers	7	4,3
Diabète	4	2,5
Maladies d'origine éthylque pure	3	1,8
Ophtalmologie	3	1,8
Divers	20	12,3
TOTAL	163	100%

Une étude comparative de ces deux tableaux nous montre plusieurs différences intéressantes, suivant le sexe, au niveau de la pathologie :

- Pour environ le double de maladies cardio-vasculaires, l'homme paie un lourd tribut à l'infarctus du myocarde, puisque 10,7% en sont atteints, contre 1,2% des femmes.
- Parmi les maladies pulmonaires, par contre, les tuberculeux représentent la même proportion dans les deux sexes.
- Il y a exactement deux fois plus de psychopathies chez les femmes.
- Les maladies d'origine éthylique, quelles qu'en soient les manifestations cliniques, sont plus élevées chez l'homme.

D'autre part nous avons essayé de voir s'il y avait une relation entre les affections invalidantes et la profession de l'assuré.

Chez l'homme, cela n'a pratiquement rien donné, puisque toutes les catégories socio-professionnelles sont atteintes des mêmes maladies dans des proportions si peu différentes les unes des autres qu'elles s'en retrouvent sans valeur.

Par exemple, au niveau des maladies cardio-vasculaires, il y a 5 ouvriers spécialisés qui en sont atteints, 7 ouvriers professionnels, 5 employés de bureau, 5 "artisans", 5 chauffeurs et 4 divers.

Par contre, pour le sexe féminin, notre étude nous a permis d'isoler quelques maladies semblant avoir un rapport avec la profession de l'intéressée.

En effet,

- Dans les 22,5% d'ouvrières spécialisées : 9,2% sont atteintes de psychopathies.
- Dans les 28,2% de femmes de ménage et de service : 10,6% sont atteintes d'affections rhumatologiques, et 7,1% de psychopathies.

- Dans les 13,4% d'employées de bureau : 6,4% sont atteintes de psychopathies.

Les autres chiffres ne sont absolument pas significatifs, aussi nous faisons comme pour ceux concernant les hommes, et nous les laissons de côté.

Il en ressort quand même que la tendance psychiatrique est très importante chez les employées de bureau et, à un degré moindre, chez les ouvrières spécialisées, et que les femmes de ménage et de service se plaignent essentiellement d'affections rhumatologiques.

7. La répartition entre les différentes catégories d'invalidité

Les dossiers administratifs indiquant la catégorie d'invalidité attribuée à l'assuré, nous avons pu étudier les 373 dossiers, laissant évidemment de côté les 21 rejets de la pension.

7.1. Chez les hommes

La répartition entre les 3 catégories est la suivante :

- catégorie 1	22%
- catégorie 2	74,4%
- catégorie 3	3,6%

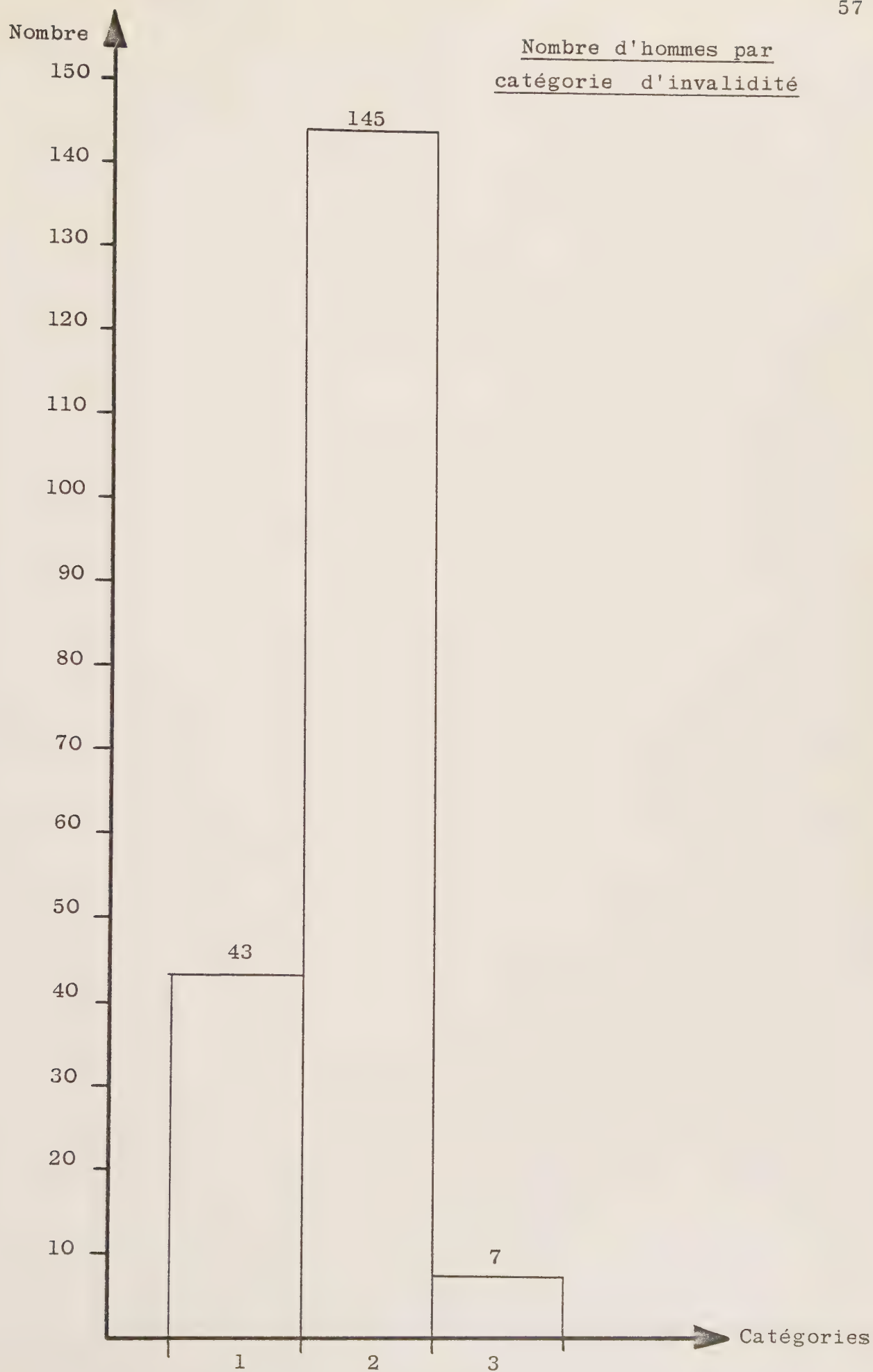
7.2. Chez les femmes

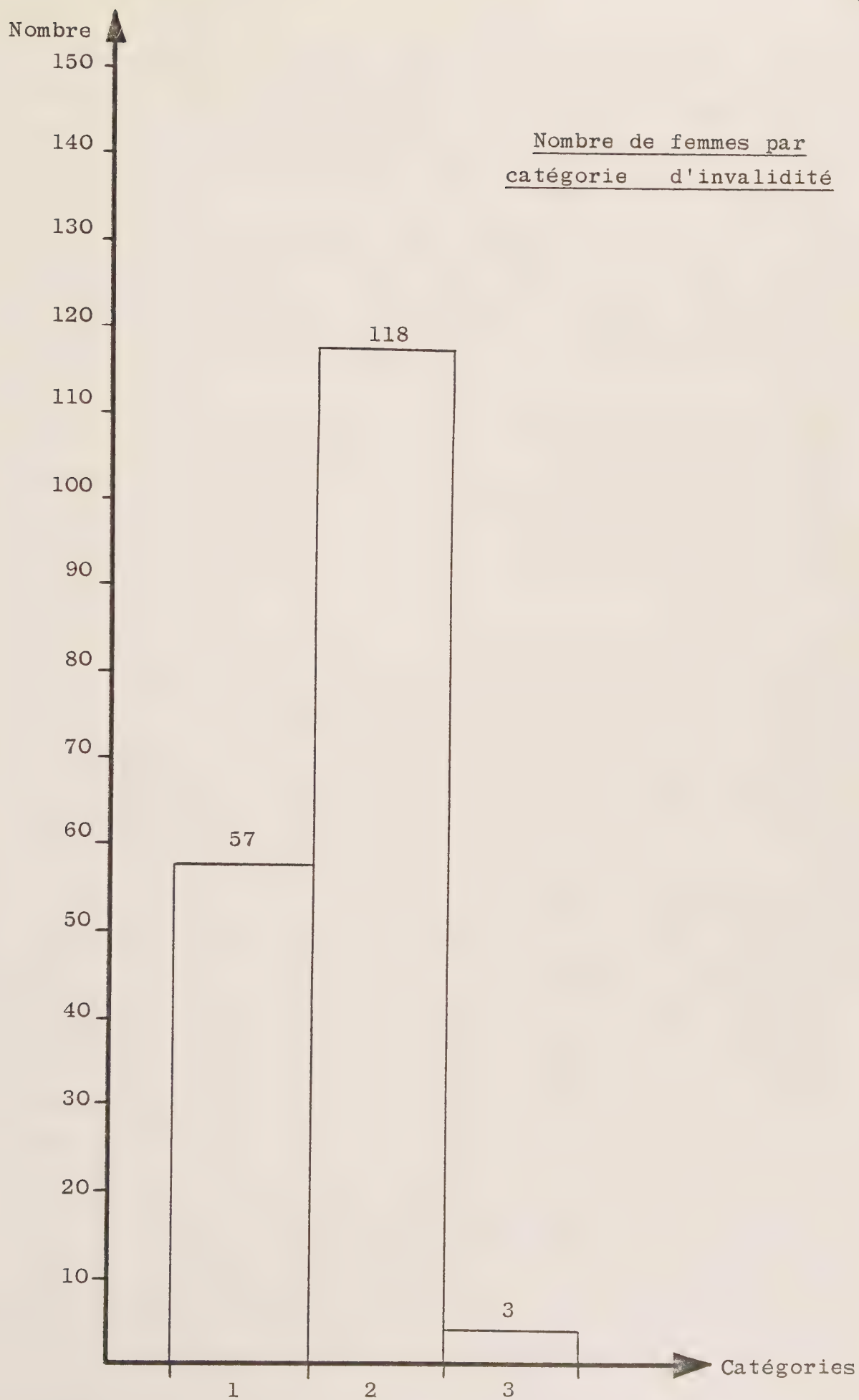
La répartition est légèrement différente, puisque nous avons :

- catégorie 1	32%
- catégorie 2	66,3%
- catégorie 3	1,7%

La catégorie 1 est donc plus fréquente chez la femme que chez l'homme et c'est l'inverse pour les catégories 2 et 3.

Nombre d'hommes par
catégorie d'invalidité





Après l'étude des dossiers, on est en droit de se demander sur quels critères sont appréciés par le médecin conseil, d'une part l'état d'invalidité, d'autre part la catégorie dans laquelle doit être classé le malade.

Le médecin conseil doit indiquer à la Caisse si l'assuré a perdu ou non les deux tiers de sa capacité de travail ou de gain. Il le fait après examen du malade et établissement d'un rapport dans lequel il décrit l'état de cet assuré.

L'état d'invalidité est estimé en fonction de l'état global du malade quels que soient le nombre et la nature des affections dont il est atteint (certaines pouvant d'ailleurs être déjà indemnisées au titre de la législation sur les accidents du travail, les maladies professionnelles ou les pensions militaires).

Avant l'ordonnance de 1945, l'appréciation de l'état d'invalidité était basée sur un barème (publié en 1933) qui portait sur plus de 200 infirmités. "Ce barème avait un caractère indicatif en ce sens que les lésions énumérées étaient (sauf indication contraire dans le texte du barème) présumées entraîner l'invalidité au sens de la loi".

Depuis 1945, l'estimation du degré d'invalidité n'est plus codifiée et le médecin conseil se base d'abord sur la gravité de la, ou des affections pathologiques entraînant une atteinte plus ou moins profonde de l'état général, tout en tenant compte de l'âge du sujet et des possibilités qui lui restent d'exercer une activité, soit dans sa profession habituelle, soit dans un autre métier mieux adapté à son nouvel état de santé.

Il est évident que le médecin conseil s'entoure de précautions, en particulier dans les cas limites : examen spécialisé, enquête sociale, avis du service de reclassement professionnel, avis du médecin du travail...

Il n'en reste pas moins qu'en définitive l'apprécia-

tion de la perte des 66% de la capacité de travail ou de gain demeure quelque peu subjective, bien qu'elle soit basée sur le maximum de constatations objectives.

Lorsque le médecin conseil a admis que le degré d'invalidité est suffisant, il doit ensuite préciser dans quelle catégorie il importe de classer l'invalidé.

L'appréciation de la catégorie 3 ne crée pas de grosses difficultés car elle est établie d'après des critères assez précis se référant aux actes essentiels de la vie. L'assistance d'une tierce personne doit être indispensable pour se lever, se coucher, se vêtir, se mouvoir, manger et satisfaire ses besoins naturels.

La nécessité de cette assistance est attestée par :

- l'enquête d'un agent visiteur,
- l'enquête de l'assistante sociale,
- l'examen du médecin conseil.

Par contre, pour trancher entre la 1ère et la 2ème catégorie, le médecin conseil est parfois assez embarrassé, car selon la loi, il s'agit de savoir si l'invalidé est "capable d'exercer une activité rémunérée, sans que son salaire puisse être supérieur au tiers de la rémunération normale d'un travailleur de qualification professionnelle équivalente, ou si son état pathologique ne lui permet pas d'exercer une activité rémunérée quelconque, quels que soient les emplois offerts à l'époque sur le marché du travail". Or, dans le premier cas, la catégorie 1 sera attribuée, alors que, dans le deuxième cas, ce sera la catégorie 2.

Il n'en reste pas moins vrai que,

- malgré les examens spécialisés;
- malgré l'avis de l'assistante sociale;
- parce que la commission d'orientation des infirmes ne conclut pas de façon formelle quant aux possibilités de reclassement dans un marché du travail encombré;
- parce que souvent le malade, après une longue période d'arrêt de travail, a été licencié par son employeur;

- parce qu'il est difficile d'apprécier la bonne volonté de quelqu'un en vue d'une éventuelle reprise d'activité;

la décision du médecin conseil garde un certain degré de subjectivité, encore plus prononcé que pour l'estimation de la perte de plus ou moins 66% de la capacité de travail ou de gain. Et finalement, ce qui emporte souvent la décision entre catégorie 1 et catégorie 2, c'est l'impression qu'a le médecin conseil de ce que peut avoir d'aggravant ou de bénéfique pour l'invalidé, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique, soit l'inactivité totale, soit une activité partielle.

8. Le contentieux technique

Représenté par la Commission Régionale d'Invalidité et par la Commission Nationale Technique, il permet de régler les contestations relatives :

- à l'état d'invalidité;
- au taux de la réduction de la capacité de travail ou de gain;
- au classement des invalides.

Le malade peut contester la décision prise soit lors de la mise en invalidité, soit lors d'une révision.

La pension d'invalidité n'étant attribuée qu'à titre temporaire, l'assuré est revu régulièrement par le médecin conseil qui établit à chaque fois un nouveau rapport d'invalidité qui se termine par le maintien de la catégorie antérieure, ou par le changement de celle-ci ou même par la suspension ou la suppression de la pension.

Ce sont toutes ces démarches précisément qui nous ont permis de suivre l'évolution de nos invalides .

8.1. Chez les hommes

8.1.1. Lors de la mise en invalidité

7 fois la décision a été contestée par l'assuré :

- 5 fois sur un rejet de la pension;
- 2 fois sur une mise en catégorie 1.

La proposition du médecin conseil a toujours été confirmée par la Commission Régionale d'Invalidité (C.R.I.).

Les maladies concernées étant très diverses, nous ne pouvons en retirer aucun argument vis-à-vis de la contestation, aussi nous n'en donnons pas le détail.

8.1.2. Lors_d'une_révision

6 fois l'assuré a contesté la décision de la Caisse :

- Une fois la contestation a été déclarée irrecevable du point de vue administratif.
- Deux fois le passage de la catégorie 1 à la catégorie 2 a été demandé par l'assuré pour aggravation de son état mais a été refusé par le médecin conseil. La C.R.I. a donné raison à l'assuré et l'a classé en catégorie 2.
- Toutes les autres fois, la C.R.I. a confirmé la décision concernant :
 - . une suspension
 - . un passage de la catégorie 2 à la catégorie 1
 - . un passage de la catégorie 3 à la catégorie 2.

Là encore, nous ne mentionnerons pas les affections invalidantes concernées car elles sont également très diverses.

Donc au total, 5 fois la contestation porta sur un rejet et 8 fois sur une pension attribuée.

8.2. Chez les femmes

8.2.1. Lors_de_la_mise_en_invalidité

10 fois la décision a été contestée par l'assurée :

- 6 fois la décision du médecin conseil a été confirmée dont 2 fois sur un rejet et 4 fois sur une mise en catégorie 1;
- 4 fois la décision du médecin conseil fut infirmée. Il s'agissait de 4 mises en catégorie 1 et donc, la C.R.I. a accor-

dé finalement à l'invalidé une catégorie 2.

8.2.2. Lors d'une révision

Il y a eu 4 contestations :

- 2 proviennent de la même malade ayant contesté une première fois son passage de la catégorie 2 à la catégorie 1, puis une deuxième fois de la catégorie 1 à la suspension de la pension;
- 1 provient d'un passage de la catégorie 2 à la catégorie 1;
- 1 provient d'un passage de la catégorie 1 à la suspension.

Ces 4 contestations n'ont abouti à rien puisque la proposition du médecin conseil fut toujours confirmée.

8.2.3. Lors de la mise en invalidité et lors d'une révision

Contrairement aux hommes, les femmes ont à deux reprises contesté à la fois la décision prise lors de la mise en invalidité et celle consécutive à une révision.

Les 4 fois, elles contestaient la catégorie 1 dans laquelle elles sont restées puisque la décision du médecin conseil fut toujours confirmée.

Donc, 2 fois seulement la contestation eut lieu après un rejet et 16 fois après une pension attribuée.

Contrairement aux hommes où aucune maladie particulière n'était à l'origine de la contestation, chez les femmes on note que les syndromes dépressifs sont le plus souvent à la base du contentieux puisque 7 fois l'assurée contestataire était atteinte d'une telle affection.

D'autre part, il faut souligner la plus grande fréquence des contestations chez les femmes (18 contre 13), et le fait que l'âge n'a aucune influence sur le contentieux.

Enfin, ajoutons que 24 fois la C.R.I. a confirmé la proposition du médecin conseil sur les 30 assurés qu'elle a examinés, soit 80,0%, ce qui correspond à peu près à la moyen-

ne régionale.

9. Les révisions

Les révisions, comme nous l'avons vu ci-dessus, permettent donc au médecin conseil de voir où en est l'état du malade, et éventuellement d'apporter un changement dans la pension d'invalidité attribuée lors de l'examen précédent.

9.1. Chez les hommes

C'est ainsi que la situation des assurés a changé à 32 reprises :

- 4 assurés ont vu leur situation se modifier à 2 reprises :
 - . pension suspendue pour des raisons administratives (trop de ressources), puis rétablie.
 - . passage de la catégorie 2 à la catégorie 1 puis remise en 2 pour des raisons médicales.
 - . pension suspendue puis rétablie en catégorie 2 pour des raisons médicales.
 - . pension suspendue puis supprimée, le tout pour des raisons médicales.
- 1 assuré a vu sa situation se modifier à 3 reprises : passage de la catégorie 1 à la suspension pour des raisons administratives, puis rétablissement administratif de la catégorie 1 et enfin, passage en catégorie 2 pour des raisons médicales.
- 8 assurés sont passés de la catégorie 1 à la catégorie 2 pour des raisons médicales (aggravation de leur état).
- 2 assurés sont passés de la catégorie 2 à la catégorie 3 pour les mêmes raisons.
- 4 assurés ont vu leur pension suspendue pour des raisons administratives.
- 4 assurés ont vu leur pension suspendue pour des raisons médicales (amélioration de leur état).
- 1 assuré est passé de la catégorie 3 à la catégorie 2 pour des raisons médicales.
- Enfin 2 assurés sont passés de la catégorie 2 à la catégorie 1 pour des raisons médicales.

Au total, 15,4% des hommes ont vu leur pension d'invalidité modifiée dans des proportions à peu près équivalentes dans le sens de l'augmentation ou de la diminution.

9.2. Chez les femmes

Elles ont vu à 19 reprises leur situation se modifier :

- 2 malades ont vu changer 2 fois leur situation de la même manière : passage de la catégorie 2 à la catégorie 1 puis de la catégorie 1 à la suspension, le tout pour des raisons médicales (amélioration de leur état).
- 6 malades sont passées de la catégorie 1 à la catégorie 2 pour des raisons médicales (aggravation de leur état).
- 1 malade est passée de la catégorie 2 à la catégorie 3 pour des raisons médicales.
- 1 malade est passée du rejet à la catégorie 2 pour des raisons médicales.
- 3 malades sont passées de la catégorie 2 à la catégorie 1 pour des raisons médicales (amélioration de leur état).
- 1 malade a vu sa pension supprimée pour des raisons médicales.
- 1 malade a vu sa pension suspendue pour des raisons administratives.
- 1 malade a vu sa pension suspendue pour des raisons médicales.
- Enfin, 1 malade a vu sa pension simplement diminuée pour des raisons administratives.

Au total, 10,4% des femmes ont subi un changement dans leur état d'invalidité, pour moitié environ dans le sens de l'aggravation, et donc pour moitié dans le sens de l'amélioration.

Les femmes ont donc une situation plus stable que les hommes dans leur état d'invalidité puisque seulement 10,4% d'entre elles ont connu un changement contre 15,4% des hommes.

10 - Reprises de travail et reclassement professionnel

10.1 Reprises de travail

Sur tous nos invalides, un certain nombre a repris le travail soit à temps partiel, soit à temps complet, soit les deux successivement.

10.1.1 Chez les hommes

Il y a eu 35 reprises de travail, dont :

- 24 reprises à temps partiel,
- 4 reprises d'abord à temps partiel, puis ensuite à temps complet,
- 7 reprises à temps complet.

Sur ces 24 reprises à temps partiel, 18 invalides sont encore au travail aujourd'hui, et sur les 7 à temps complet, 5 travaillent encore à ce jour. Quant à ceux qui avaient repris à temps partiel puis ensuite à temps complet, ils travaillent toujours.

Plusieurs données sont intéressantes à étudier du point de vue médical :

- 10 cardio-vasculaires sur 36, dont 6 infarctus du myocarde sur 18 ont repris un travail à temps partiel dont un a été suivi d'un travail à temps complet;
- 5 psychopathes sur 29 ont repris un travail à temps partiel;
- 3 tuberculeux sur 11 ont retravaillé dont un à temps partiel, un à temps complet et un à temps partiel puis ensuite à temps complet,
- 3 éthyliques sur 13 ont repris le travail dont 2 à temps partiel et 1 à temps partiel puis à temps complet.

Au niveau des professions, nous observons :

- 13 reprises de travail sur les 25 professions de type artisanal;
- 7 reprises de travail sur les 28 ouvriers spécialisés;
- 5 reprises de travail sur les 26 ouvriers professionnels.

Quant à l'âge, aucun homme de moins de 33 ans n'ayant repris le travail, une classe domine, c'est la tranche d'âge allant de 44 à 49 ans; elle réunit à elle seule 11 reprises de travail sur 35.

Tous les autres chiffres sont sans intérêt car ils ne sont absolument pas significatifs, étant très proches les uns des autres et bien au dessous de ceux cités.

Enfin, signalons qu'en moyenne, les hommes ont repris un travail 29 mois après leur mise en invalidité (les deux extrêmes étant 6 ans et 3 mois).

10.1.2. Chez les femmes

Il y a eu 23 reprises de travail, dont :

- 18 reprises à temps partiel,
- 5 reprises à temps complet.

Sur ces 18 reprises à temps partiel, 13 invalides sont encore au travail aujourd'hui, et sur les 5 à temps complet, 4 travaillent encore à ce jour.

Comme pour les hommes nous retrouvons une donnée intéressante du point de vue médical : 13 psychopathes sur 56 ont repris un travail dont 10 à temps partiel et 3 à temps complet.

Au niveau des professions, nous avons eu :

- 4 reprises de travail sur 32 ouvrières spécialisées;
- 6 reprises de travail sur 21 ouvrières professionnelles;
- 6 reprises de travail sur 40 femmes de ménage ou de service.

Quant à l'âge, la femme ayant repris un travail dès l'âge de 24 ans, nous avons deux tranches d'âge qui dominent :

- 49 à 54 ans : 6 reprises de travail,
- 54 à 59 ans : 6 reprises de travail également.

Nous remarquons qu'en moyenne, les femmes ont repris

le travail 23 mois après leur mise en invalidité (les deux extrêmes étant 2 mois et 5 ans).

Donc, les hommes reprennent en général 6 mois plus tard que les femmes, mais par contre, ils reprennent plus souvent un travail.

Chez les femmes, les psychopathes réunissent à elles-seules, plus de la moitié des reprises de travail, alors que chez les hommes, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui dominent.

En somme, sur le nombre d'invalides, peu reprennent une activité (15,5%), mais s'ils en reprennent une, elle est en général durable puisque 75,9% d'entre eux l'exercent encore.

10.2. Changements de profession et reclassements professionnels

10.2.1. Chez les hommes

Il y a eu 15 changements de profession sur les 35 reprises du travail, ce qui ne fait pas loin de la moitié :

- 11 fois l'invalidé a changé de travail de lui-même, passant par exemple de maçon à manoeuvre ou de mineur-boiseur à magasinier;
- 3 fois les services sociaux lui ont trouvé un nouvel emploi compatible avec ses possibilités (simple placement);
- 1 fois seulement, il y a eu rééducation professionnelle; un chauffeur a pu ainsi devenir ouvrier professionnel.

10.2.2. Chez les femmes

Il y a eu 4 changements de profession sur les 23 reprises du travail :

- 3 fois l'invalidé a changé de travail d'elle-même, passant par exemple d'ouvrière spécialisée à manutentionnaire;
- 1 seule fois, il y a eu rééducation professionnelle, une couturière ayant appris le métier d'aide-comptable.

Comme nous pouvons le constater, il y a bien plus d'hom-

mes qui ont changé de métier que de femmes.

On ne peut que déplorer la rareté des rééducations professionnelles, en espérant toutefois, que la mise en application de la loi du 30 Juin 1975 les facilitera.

11. Action du Comité de l'article 40 et cas sociaux

Le côté social ou socio-professionnel intervient à deux niveaux :

- d'une part, au niveau du Comité de l'article 40 qui, lorsqu'il étudie un dossier, ne s'occupe que de ce point de vue là;
- d'autre part, au niveau du médecin conseil qui en tient toujours plus ou moins compte mais qui en fait parfois un élément prioritaire de justification et l'indique alors clairement dans son rapport.

11.1. Chez les hommes

11.1.1. Action du Comité de l'article 40

2 fois le Comité de l'article 40 a permis à un assuré d'obtenir plus que ne lui accordait le médecin conseil. C'est ainsi que deux rejets de pension se sont transformés en deux catégorie 1.

L'un des malades avait 46 ans et présentait des séquelles d'un accident de chasse à type de gangrène des parties molles; l'autre avait 37 ans et se plaignait de troubles dystoniques avec diarrhée plus ou moins chronique liée à une achlorhydrie consécutive à une antroduodénectomie réalisée en 1969.

11.1.2. Médecin conseil et problèmes sociaux

A 5 reprises, le médecin conseil a proposé une mise en invalidité du point de vue socio-professionnel.

Une fois, il a attribué une catégorie 1 chez un lombalgique de 57 ans et 4 fois il a attribué une catégorie 2 (une coxarthrose, une artérite du membre inférieur gauche, un état asthéo-dépressif juste avant le 60ème anniversaire, et une nécrose myocardique à 42 ans qui avait été jugée non reclas-

sable par la Commission d'orientation des infirmes).

11.2. Chez les femmes

11.2.1. Action du Comité de l'article 40

Le Comité de l'article 40 a agi 5 fois en faveur d'une assurée :

- une polyarthrosique de 56 ans fut mise en catégorie 1 alors que le médecin conseil avait proposé le rejet;
- une lombalgique et diabétique de 48 ans fut mise en catégorie 2 au lieu de la catégorie 1 proposée initialement;
- une lombalgique de 48 ans fut maintenue en catégorie 1 lors d'une révision alors que la suspension avait été proposée;
- une malade de 54 ans atteinte d'une coxarthrose, et une autre de 48 ans atteinte d'un cancer du col utérin, furent maintenues en catégorie 2 alors que le médecin conseil avait proposé le passage en catégorie 1 lors d'une révision.

Donc, il y a eu 2 actions en faveur de l'assurée lors de la mise en invalidité, et 3 lors d'une révision.

11.2.2. Médecin conseil et problèmes sociaux

A deux reprises, nous avons pu être certains que le médecin conseil avait agi du point de vue socio-professionnel. Ce furent deux attributions de la catégorie 1 chez une obèse de 59 ans hypertendue, et chez une arthrosique de 58 ans.

Une précision importante est à donner à propos des 7 cas particuliers où c'est le médecin conseil lui-même qui a proposé du point de vue social, une pension d'invalidité. Il n'est pas exclu qu'il y ait d'autres observations de ce genre qui nous aient échappées, car nous n'avons pu nous baser que sur la mention "cas social" pour retenir un tel dossier. Or, il a suffi que le médecin conseil ne signale pas cette prise de position particulière pour que nous l'ayons ignorée.

12 . Les rejets de la pension d'invalidité

Après avoir étudié les 373 mises en invalidité, il nous reste à voir les rejets de la pension qui sont au nombre de 21, soit 5,3% de nos dossiers.

Rappelons que la mise en invalidité peut être rejetée pour des raisons médicales (soit moins de 66% de perte de la capacité de travail ou de gain, soit affection non stabilisée) ou pour des raisons administratives (soit pas de droits ouverts ou droits impossibles à vérifier, soit versement d'une autre pension couvrant en totalité l'état pathologique).

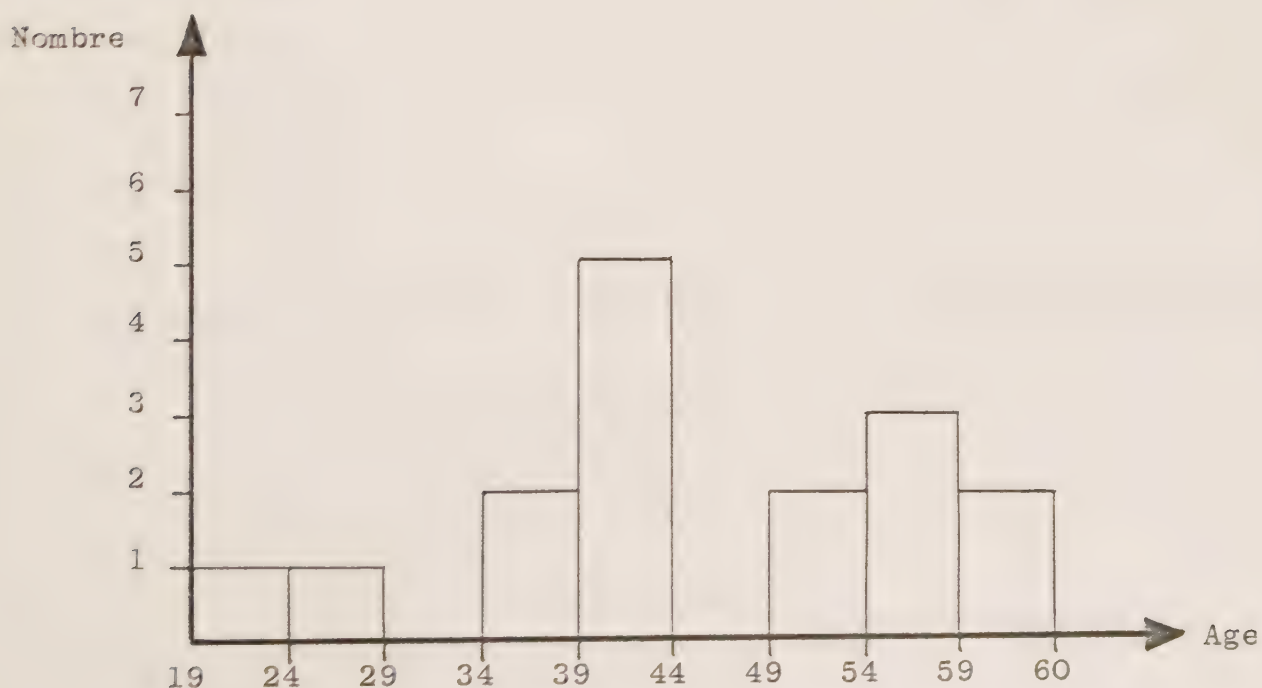
Nous avons étudié dans les deux sexes, l'âge, la nationalité, le motif du rejet et la maladie concernée.

12.1. Chez les hommes

Il y a eu 16 rejets de la pension .

12.1.1. L'âge

Nous avons repris les mêmes tranches d'âge que pour l'étude des mises en invalidité, ce qui nous a donné :



La tranche d'âge la plus riche en rejets est donc celle allant de 39 à 44 ans.

12.1.2. La nationalité

Parmi les assurés concernés, il y a 11 immigrés pour 5 français.

12.1.3. Le motif du rejet

- 14 rejets sont d'origine médicale dont 2 seulement pour non stabilisation de l'affection en cours,
- 2 sont d'origine administrative dont l'un pour droits à pension impossibles à vérifier et l'autre pour une pension militaire des déportés (article 115) couvrant en totalité l'état pathologique.

La cause principale des rejets reste donc les moins de 66% de perte de la capacité de travail ou de gain (75% des rejets masculins).

12.1.4. La maladie concernée

Nous retrouvons :

- 2 schizophrénies dont une non stabilisée;
- 4 maladies pulmonaires dont 3 séquelles de tuberculose et un emphysème;
- 3 maladies rhumatologiques dont une coxarthrose droite avec prothèse totale, non stabilisée;
- 4 maladies du tube digestif (3 troubles post-gastrectomie et une gastrite);
- 3 maladies diverses.

Ce sont donc la tuberculose et la gastrectomie qui ont débouché le plus souvent sur un rejet de la pension d'invalidité.

12.2. Chez les femmes

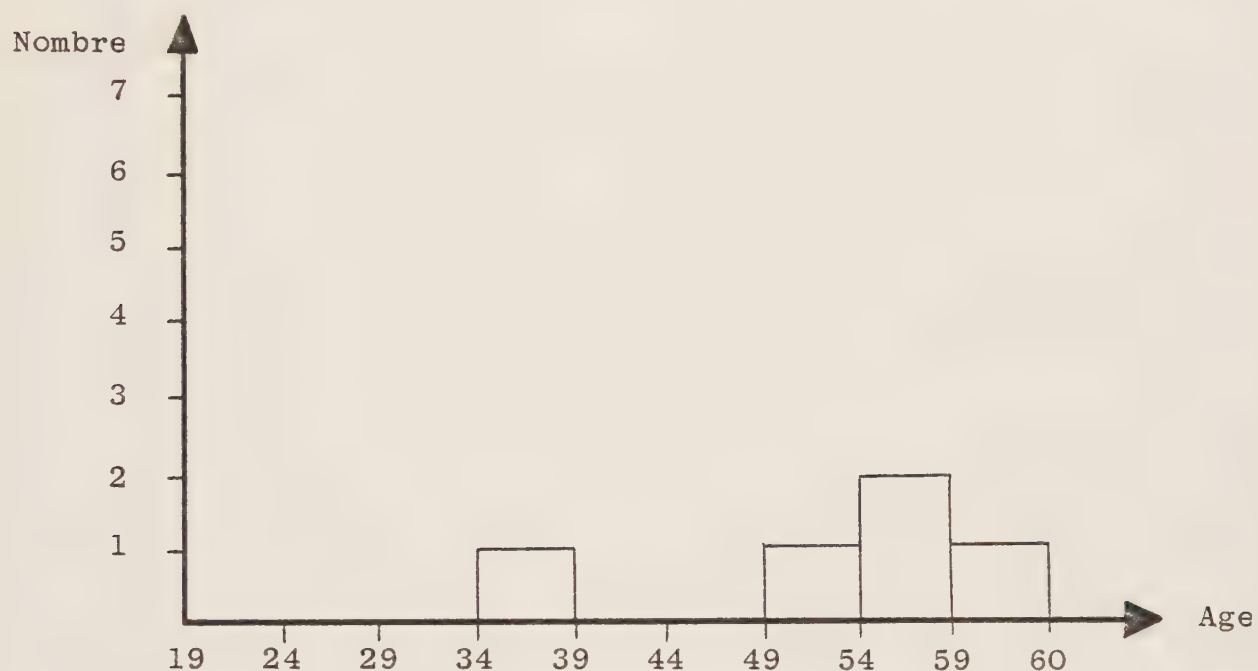
Nous avons obtenu 5 rejets.

12.2.1. L'âge

2 malades avaient entre 54 et 59 ans, une avait près de

60 ans, une 36 ans et la dernière avait 53 ans.

Nombre de rejets de la pension d'invalidité
chez les femmes en fonction de l'âge



12.2.2. La nationalité

Nos 5 assurées sont françaises.

12.2.3. Le motif du rejet

- 4 rejets médicaux pour moins de 66%,
- 1 rejet pour droits à pension impossibles à vérifier.

12.2.4. La maladie concernée

Nous avons retrouvé :

- 3 psychopathes;
- 2 polyarthrosiques.

Signalons que l'une des psychopathes fut finalement mise en invalidité catégorie 2 en 1973 pour aggration de son état.

Nous constatons qu'il y a 3 fois plus de rejets chez l'homme que chez la femme.

D'autre part, chez l'homme, il y a une forte majorité d'étrangers qui n'ont pas été reconnus comme invalides, soit 68,8%.

Les rejets pour moins de 66% de perte de la capacité de travail ou de gain dominant très largement (71,4% des rejets).

Les affections ayant le plus souvent abouti à un rejet furent les maladies psychiatriques (23,8% des cas) et les affections rhumatologiques (également 23,8% des cas).

Notons enfin, que parmi les rejets effectifs (3 ayant été annulés par le Comité de l'article 40 ou par la Commission Régionale d'Invalidité), 5 sur 16 ont été contestés chez les hommes (soit 31,2%) et 2 sur 5 l'ont été chez les femmes (soit 40%). Autrement dit, il n'y a même pas eu 1 rejet sur 2 porté devant la C.R.I.

D I S C U S S I O N

=====

Plusieurs de nos données, bien qu'expérimentales, sont à discuter et surtout à commenter.

Beaucoup de nos malades ont entre 59 et 60 ans (20,4% exactement). Cela s'explique par le fait qu'à 60 ans, la pension se transforme automatiquement en pension vieillesse, celle-ci ne pouvant pas être pécuniairement inférieure à celle-là; d'où un avantage incontestable pour les assurés n'ayant pas cotisé longtemps.

Les immigrés paient un lourd tribut à l'invalidité (19,1% de nos dossiers alors qu'ils ne représentaient que 8,2% de la population active en 1975 et 9,8% en 1968). Mais il faut remarquer que les immigrés font, la plupart du temps, un travail pénible et qu'ils sont difficilement reclassables du fait de leur manque de qualification professionnelle et de leurs difficultés linguistiques. C'est ainsi, par exemple, qu'un sujet atteint d'un infarctus du myocarde pourrait reprendre un travail de bureau mais serait incapable de redevenir manoeuvre.

Cela explique sans doute en partie, la proportion élevée d'étrangers invalides.

Bien que salariés, les cadres ne rentrent pratiquement pas dans notre étude car ils ont un contrôle médical spécial, assuré certes par la Sécurité sociale, mais dans leur Caisse de cadres. Il faut donc ne tenir aucun compte de cette classe professionnelle dans notre étude.

Le médecin traitant n'est que rarement à l'origine de la mise en invalidité. Nous pensons que le plus souvent, il est assez mal informé de ce qu'est l'invalidité, des conditions qu'il faut remplir pour en bénéficier et des avantages que l'assuré peut en retirer.

Signalons, à propos du médecin traitant, qu'il n'assiste son malade qu'une fois sur 15 en matière d'invalidité, alors qu'il le fait une fois sur 4 en matière d'accident du travail.

Il n'y a eu qu'assez peu de contestations et surtout très peu (6) avec une suite favorable. Or, le Comité de l'article 40, à 7 reprises seulement, a augmenté la pension d'un assuré. Cela tend à prouver qu'en définitive, les critères d'évaluation de la pension d'invalidité, bien que comportant une certaine part de subjectivité, permettent au médecin conseil d'aboutir à des conclusions bien fondées et donc peu critiquables.

Nous n'avons pas pu saisir les motifs réels de l'absence presque totale des rééducations professionnelles. Il semble que les assurés soient peu motivés, surtout quand ils sont obligés de s'éloigner du milieu familial, que les services psychotechniques de la main-d'oeuvre soient encombrés et que les démarches administratives à faire soient assez complexes.

Un des éléments qui ressort de notre travail est le nombre élevé des décisions prises d'une part, en fin des 3 ans, et d'autre part, entre 59 et 60 ans. Cela tient à ce que notre étude porte sur l'année 1971, c'est-à-dire avant la parution de la circulaire du 4 Mai 1972 de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (dite "circulaire 33").

Celle-ci, reconsidérant le problème de l'invalidité, avait pour but d'obtenir une meilleure application des textes et une harmonisation au plan national des positions prises par les médecins conseils. L'application de cette circulaire incite aux "stabilisations" avant l'expiration du délai de 3 ans,

et fait régresser le nombre d'invalidités après 3 ans d'indemnités journalières ainsi que celui des assurés ayant entre 59 et 60 ans.

En effet, l'expérience montre que l'avenir professionnel se joue dans les 18 mois d'arrêt de travail, hormis quelques exceptions dont la traumatologie (nous ne sommes plus à l'époque où la tuberculose nécessitait un arrêt de travail très prolongé).

Certains malades considèrent que l'affection de longue durée dont ils sont atteints leur ouvre droit automatiquement à 3 ans d'indemnisation et "s'installent" au long cours dans l'inactivité. Ils semblent donc ignorer que ce droit n'est pas acquis du fait de la nature de la maladie, mais qu'il est lié à la nécessité de repos dans la perspective d'une reprise d'activité professionnelle.

D'autre part, plus leur arrêt de travail sera prolongé, plus leur réintégration dans le "circuit" socio-professionnel sera difficile. Aussi, un des rôles du médecin conseil est d'essayer d'éviter l'évolution d'un malade vers l'invalidité. C'est pourquoi il fait systématiquement le "point" au 10ème mois de repos en prenant contact avec le médecin traitant, en examinant l'assuré et en adressant un rapport au médecin conseil coordonnateur de l'invalidité au plan régional.

En cas d'amélioration, il peut faire reprendre le travail avant la fin des 3 ans d'indemnisation; en cas d'incapacité manifeste et devant un état médicalement stabilisé, c'est-à-dire non susceptible d'amélioration, il doit proposer le passage en invalidité, là encore sans attendre la fin des 3 ans.

Dans le cadre de la prévention de l'invalidité, la "circulaire 33" prévoit en outre la constitution d'une Commission médicale d'invalidité comprenant :

- le médecin chef de la Caisse Primaire;
- un médecin conseil plus spécialement chargé de l'invalidité et n'ayant pas déjà participé à l'instruction du dossier;

- le médecin traitant (s'il ne peut y participer, il donnera son avis par écrit);
- l'assistante sociale chargée des reclassements auprès de la Caisse Primaire.

De plus, si le besoin s'en fait sentir, l'avis du médecin de la main-d'oeuvre et celui du médecin du travail seront recueillis.

Cette commission étudiera le dossier de l'intéressé et autant que possible, les médecins présents examineront l'assuré, cela au douzième mois de son arrêt de travail.

A l'issue de cet examen, la commission proposera :

- soit la poursuite de l'arrêt dans le cadre de l'Assurance maladie;
- soit la reprise du travail (avec ou sans poursuite d'un traitement);
- soit d'adresser le malade à la commission d'orientation des infirmes, qui pourra tenir compte des divers éléments dont elle dispose, en vue d'orienter l'infirmes vers un reclassement professionnel comportant s'il y a lieu une mesure de rééducation, et susceptible de lui permettre d'utiliser au mieux ses facultés de travail;
- soit enfin le passage à l'invalidité, en dernier ressort, les autres solutions s'étant révélées impossibles. La présomption d'invalidité sera alors signalée aux services administratifs de la Caisse Primaire.

Par ailleurs, l'examen des dossiers par la Commission médicale de l'invalidité revêt une certaine importance pour les assurés proches de leur soixantième anniversaire. Pour ceux-ci, une certaine doctrine voulait que, dans diverses régions, les malades en arrêt un tant soit peu prolongé fussent systématiquement proposés pour l'invalidité (c'était en particulier le cas à LYON). Aucun texte n'a jamais autorisé une telle interprétation, et cette façon de faire risque d'entraîner des situations illogiques, étant donné la substitution légale de la pension vieillesse anticipée à la pension d'invalidité, dès soixante ans : un assuré de fraîche date, ayant acquis la

qualité de salarié juste le temps nécessaire à l'ouverture de ses droits, peut ainsi bénéficier d'une pension substituée supérieure à celle d'un travailleur auquel il est demandé trente ans de cotisations. La Commission médicale évitera, avant le soixantième anniversaire certaines "mises en invalidité-refuge" excessives ou hâtives.

La circulaire de 1972 traite aussi des révisions et recommande comme rythme de celles-ci : première révision au bout d'un an (2 ans au maximum), et révision suivante entre 2 et 5 ans, avec une dernière révision au cours de l'année précédant le soixantième anniversaire.

Une attention toute particulière doit être apportée lors de la révision des pensions de catégorie 2 dont les bénéficiaires travaillent. En effet, aucun texte n'interdit à un pensionné catégorie 2 d'exercer une activité salariée, des règles de cumul ayant du reste été fixées pour éviter des abus. Le médecin conseil devra juger, en de telles situations, uniquement du point de vue médical. En général, lors des révisions, si le malade a repris (ou peut reprendre) une activité supérieure à 50%, la pension sera :

- soit supprimée si les soins sont discrets et peu coûteux;
- soit suspendue si les soins risquent de grever lourdement le budget du malade.

La situation des titulaires de pension suspendue doit être examinée avec soin, car au soixantième anniversaire, une pension suspendue, donc ne donnant lieu à aucun versement d'arrérages, se trouve automatiquement transformable en pension vieillesse, ce qui amène au cumul, pour des assurés travaillant normalement, d'un salaire et d'une pension.

Nous avons tenu à rappeler de façon assez détaillée le contenu de cette "circulaire 33" car elle constitue actuellement la base du contrôle médical en matière d'invalidité, et que les mesures qu'elle propose amène à une application plus précise et mieux comprise des textes touchant un domaine important de la législation sociale.

Qu'il nous soit permis, en parvenant au terme de ce travail, d'exprimer quelques réflexions personnelles.

Et tout d'abord, concernant les taux de 66% et 50% d'incapacité de travail retenus lors des mises en invalidité et des révisions, nous ne comprenons pas bien pourquoi il en existe deux. Il semble qu'on pourrait admettre qu'est invalide tout sujet qui a perdu 50% de sa capacité de travail ou de gain. On rejoindrait d'ailleurs par là, le taux retenu pour l'attribution de la pension vieillesse anticipée pour incapacité au travail.

L'admission en invalidité serait ainsi plus facile du point de vue médical mais il faudrait que les critères administratifs soient plus sévères. Le montant de la pension devrait être calculé au prorata des années de cotisations (comme cela se fait en Allemagne et en Italie) avec toutefois un minimum de ressources garanti.

Cela éviterait les demandes abusives de ceux qui, déjà atteints d'une affection invalidante, ne se font guère immatriculer que pour pouvoir prétendre, à la fin du temps légal minimum, à une pension d'invalidité.

Le rôle du Comité de l'article 40 semble un peu choquant pour les médecins conseils, parce qu'il peut transformer leur proposition d'invalidité. Son rôle, fort louable par ailleurs, devrait rester purement social, et plutôt que de changer une catégorie 1 en catégorie 2 par exemple, il devrait pouvoir ne pas modifier la catégorie retenue médicalement, mais attribuer un complément de ressources au titre de prestations supplémentaires.

D'autre part, le montant de la pension d'invalidité nous a paru assez faible, surtout en ce qui concerne les malades admis dans la catégorie 3. En effet, il nous semblerait assez normal de verser aux "grands invalides", hormis la majoration pour tierce personne, plus de 50% du salaire moyen des dix meilleures années, étant bien entendu que de tels invalides sont dans l'incapacité absolue d'exercer la moindre acti-

vité professionnelle.

Enfin, parlant d'invalidité, il faut d'abord penser à sa prévention. Là, le rôle du médecin conseil semble primordial. En effet, il sollicite la collaboration du médecin traitant, du médecin du travail, du médecin de la main-d'oeuvre, des services sociaux et des services du reclassement professionnel. Il est, le plus souvent, le seul à communiquer avec chacune de ces parties, et constitue, ainsi, un lien entre elles afin que soient mieux saisies les possibilités socio-professionnelles du malade qu'il surveille.

C O N C L U S I O N S

=====

Le législateur de 1945, en couvrant le risque invalidité, fut à l'origine d'un important progrès social.

De l'étude de nos dossiers de malades mis en invalidité en 1971 dans la 3ème circonscription administrative de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon, nous pouvons tirer plusieurs enseignements intéressants :

- Sur une population de 200.000 assurés, 373 seulement ont été mis en invalidité sur 394 proposés.
- Dans la population active, il y a plus de femmes que d'hommes invalides.
- Il y a proportionnellement au nombre de travailleurs, plus d'immigrés que de français mis en invalidité.
- Nos invalides ont le plus souvent entre 54 et 59 ans puisqu'ils sont 31,6% dans cette tranche d'âge.
- Les ouvriers spécialisés et les femmes de ménage sont respectivement les deux groupes professionnels ayant le plus souvent perdu plus de 66% de leur capacité de travail ou de gain.
- La fin des 3 ans d'indemnisation en longue maladie et la stabilisation à l'initiative du médecin conseil sont les deux circonstances principales de mise en invalidité, (54,2% et 38,9%), alors que le médecin traitant n'intervient que très rarement (4,5% des cas).
- Les maladies psychiatriques sont le plus souvent en cause dans le sexe féminin (34,4%), alors que dans le sexe masculin, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui dominent, mais à un degré moindre (21,4%).

D'autre part, c'est seulement chez les femmes que nous pouvons faire un rapprochement valable entre les affections invalidantes et les professions : la moitié de nos employées de bureau sont des psychopathes, et un peu plus du tiers de nos femmes de ménage ou de service sont atteintes d'affections rhumatologiques.

- Les catégories 1 sont plus nombreuses chez la femme au détriment des catégories 2 (32% contre 22% chez l'homme); mais, c'est la catégorie 2 qui domine dans les deux sexes (66,3% et 74,4%).
- Le contentieux technique n'est que rarement saisi (8,1% des dossiers), surtout par les hommes, et la décision de la Caisse est la plupart du temps confirmée (80,0% des cas).
- Il y a eu peu de reprises de travail (13,7%), surtout dans le sexe féminin; mais par contre, parmi tous ceux qui ont repris une activité professionnelle, la grande majorité l'exerce encore actuellement.
- Peu de dossiers ont abouti au rejet de la pension d'invalidité (5,3%).

Enfin, à en juger par l'évolution sur 6 ans de nos invalides de 1971, si théoriquement, d'après les textes de loi, l'état d'invalidité n'est que temporaire, il s'avère en pratique qu'il est le plus souvent définitif puisque seulement 2,7% des pensions ont été médicalement suspendues ou supprimées.

Le Président de la Thèse
F. TOLOT

Vu, le Directeur de l'U.E.R. Sud-Ouest

J. NORMAND

Vu et Permis d'Imprimer

Lyon, le 2 SEPTEMBRE 1977

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales

D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

=====

— Code de la Sécurité Sociale (lois et règlements).

Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale
(U.C.A.N.S.S.).

Articles : L.193, L.194, L.195, L.197, L.250, L.253,
L.284, L.305 à L.322, L.356 à L.359, L.391
et L.393.

— Traité de la Sécurité Sociale.

U.C.A.N.S.S.

— Guide de la Sécurité Sociale.

U.C.A.N.S.S.

— Règlement intérieur des Caisses Primaires.

Articles : 51 à 55 septièmes.

— Décrets :

- Décret du 29/12/1945 : articles 53 à 69, articles 86 à 88,
et article 113.
- Décret N° 58-1291 du 22/12/1958.
- Décret N° 60-452 du 12/05/1960 : article 42 remplaçant
l'article L.307 du Code.
- Décret N° 60-993 du 12/09/1960 : article 2 remplaçant
l'article L.304 du Code.
- Décret N° 61-272 du 28/03/1961 modifié, remplaçant les
articles L.311, L.312 et L.314 du Code.

- Décret N° 65-1006 du 26/11/1965.
 - Décret N° 68-400 du 30/04/1968 modifié par le décret N° 69-338 du 11/04/1969 modifiant les conditions d'ouverture du droit aux prestations.
 - Décret N° 74-820 du 25/09/1974 modifiant le mode de calcul du salaire annuel moyen.
- Ordonnance N° 78-1275 du 22/12/1958.
- Lettre circulaire du 04/05/1972.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.).
- Guide du praticien conseil.
- C.N.A.M.T.S.
- Le concept d'invalidité, (et son évolution notamment dans la législation de la Sécurité Sociale française du régime général - Réparation - Aspects médico-légaux - Prévention).
- H. PICHOU
- Thèse pour le doctorat de spécialité "Sciences Sociales du Travail". Faculté de Droit et des Sciences Economiques de Grenoble 1966.
- L'expertise médicale dans le cadre de la Sécurité Sociale.
- J. BRUNET, L. ROCHE, J. VEDRINNE, Mme A.M. FERRY
- Collection de Médecine Légale et de toxicologie.
- Masson 1967.
- Guide Assurance Maladie.
- U.C.A.N.S.S.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.
- Service médical de la région de Lyon.

Rapport d'activité 1976.

F. BRIOLAY

— I.N.S.E.E.

Recrutements de la population de Lyon et de sa région de
1968 et de 1975.

T A B L E D E S M A T I E R E S

=====

	Pages
<u>INTRODUCTION</u>	1
 <u>PREMIERE PARTIE - L'INVALIDITE DANS LA LEGISLATION</u>	
DE LA SECURITE SOCIALE.....	4
I - Notions générales sur l'assurance invalidité.....	4
II - Origines de l'état d'invalidité.....	5
1. Maladie ou accident non professionnel.....	5
2. Accident du travail, affection d'origine professionnelle ou militaire.....	5
3. Faute intentionnelle.....	6
4. Etat antérieur à l'immatriculation.....	6
III - Conditions d'attribution de la pension.....	7
1. Condition d'âge.....	7
2. Condition d'ordre médical.....	7
3. Conditions administratives d'ouverture du droit à pension.....	8
IV - Constitution et instruction du dossier.....	9
1. Rôle de la Caisse primaire.....	10
2. Demande présentée par l'assuré.....	10
3. Pièces nécessaires à la liquidation du dossier..	11
V - Décision de la Caisse.....	11
VI - La pension.....	14
1. Point de départ.....	14
2. Montant de la pension.....	14
3. Calcul de la pension.....	15
4. Minimum et maximum des pensions.....	16
VII - Incidences de l'hospitalisation.....	17
1. Sur la pension.....	17
2. Sur la majoration pour tierce personne.....	17
VIII - Assuré titulaire de plusieurs pensions.....	18
1. Limite inférieure du cumul.....	18
2. Limite supérieure du cumul.....	18

IX - Modifications de la situation de l'invalidé,	
révision, suspension, suppression de la pension...	19
1. Modifications d'ordre médical.....	19
2. Reprise d'une activité salariée.....	20
3. Reprise d'une activité non salariée.....	21
4. Reclassement et rééducation professionnelle....	22
X - Autres causes de suspension ou de suppression	
de la pension.....	23
1. Refus de contrôle médical.....	23
2. Départ à l'étranger.....	23
XI - Fin de la pension.....	24
1. Décès du titulaire.....	24
2. Transformation de la pension d'invalidité	
en pension vieillesse.....	24
XII - Paiement de la pension.....	25
1. Caisse compétente.....	25
2. Périodicité des paiements.....	25
XIII - Coordination.....	26
1. Coordination entre le régime général et	
les régimes spéciaux.....	26
2. Coordination entre le régime général et les	
régimes des salariés agricoles et des	
exploitants agricoles.....	27
XIV - Droit aux autres assurances.....	31
1. Assurance maladie.....	31
2. Assurance maternité.....	34
3. Assurance décès.....	34
XV - Contrôle médical de l'invalidé.....	34
XVI - Contestations de l'assuré.....	35
1. Commissions régionales.....	35
2. Commission nationale technique.....	37
3. Pourvoi en cassation.....	39

DEUXIEME PARTIE - ETUDE PRATIQUE DES DOSSIERS DE

L'ANNEE 1971..... 40

I - Méthodologie.....	40
II - Etude des dossiers.....	42
1. Suivant le sexe.....	42
2. Suivant la nationalité.....	43

3. Suivant l'âge.....	43
4. Suivant la profession.....	47
5. Date d'appréciation des conditions médicales pouvant ouvrir droit à l'invalidité.....	48
6. Les affections invalidantes.....	52
7. La répartition entre les différentes catégories d'invalidité.....	56
8. Le contentieux technique.....	61
9. Les révisions.....	64
10. Reprises de travail et reclassement professionnel.....	66
11. Action du Comité de l'article 40 et cas sociaux.....	69
12. Les rejets de la pension.....	71

<u>DISCUSSION</u>	75
-------------------------	----

<u>CONCLUSIONS</u>	82
--------------------------	----

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	85
----------------------------	----

